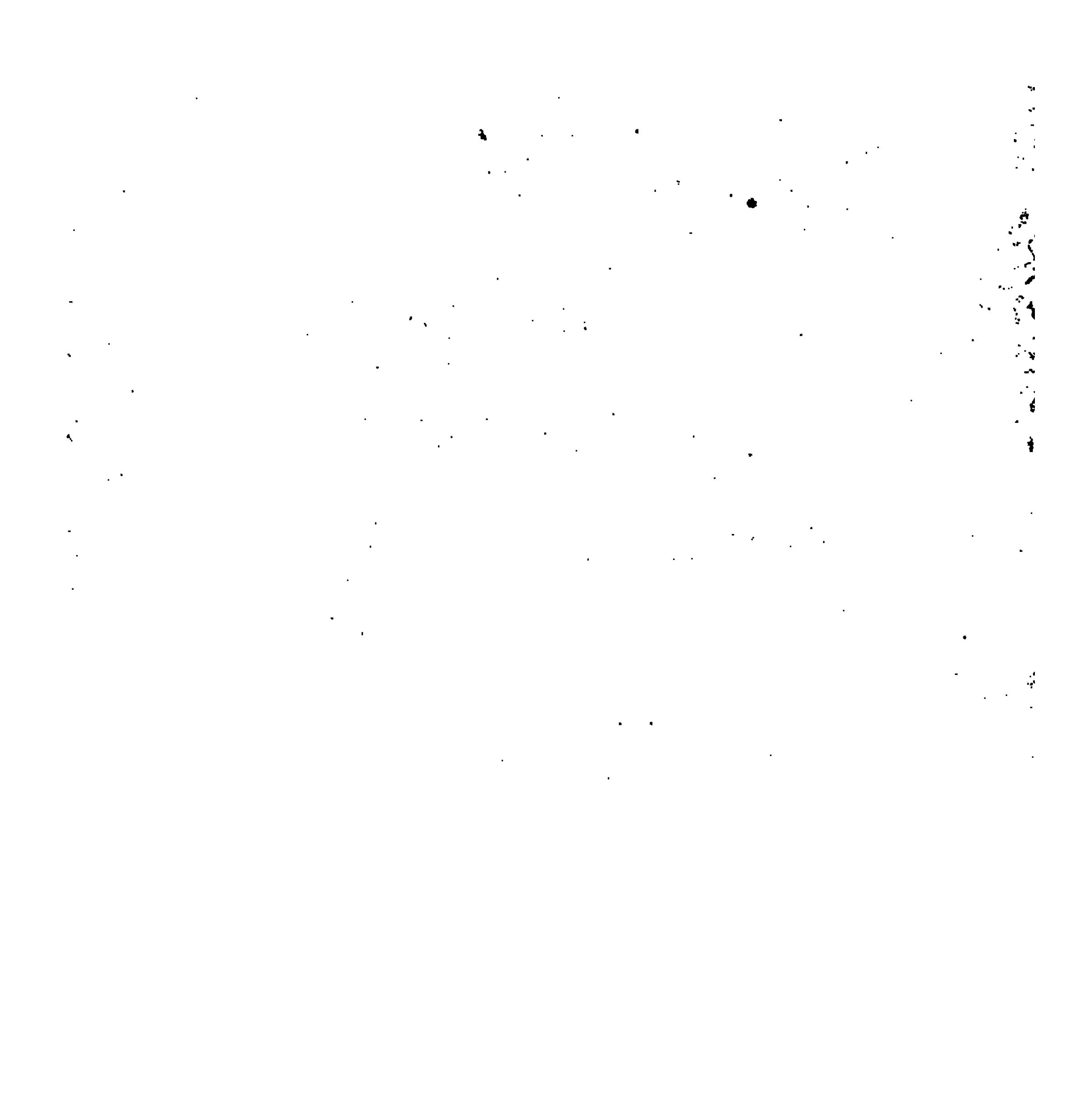

Stanford University Libraries
3 6105 027 493 878





ZEITSCHRIFT FÜR HYPNOTISMUS,

PSYCHOTHERAPIE,

SOWIE ANDERE

PSYCHOPHYSIOLOGISCHE UND PSYCHOPATHOLOGISCHE FORSCHUNGEN

BAND 6.



ZEITSCHRIFT FÜR HYPNOTISMUS

PSYCHOTHERAPIE

SOWIE ANDERE

PSYCHOPHYSIOLOGISCHE UND PSYCHOPATHOLOGISCHE FORSCHUNGEN

BAND 6.

MIT BEITRÄGEN VON

Dr. Bauer (Zürich), Dr. Bertschinger (Zürich), Dr. Bonjour (Lausanne), Dr. Brodmann (Leipzig), Dr. Delius (Hannover), Dr. Hilger (Magdeburg), Dr. Kiesow (Turin), Dr. de Jong (Haag), Dr. Köhler (Elberfeld), Prof. Lipps, (München), Dr. Löwenfeld (München), Dr. Minde (München)) Dr. Naef (Zürich), Dr. Offner (München), Parish (München), Dr. v. Renterghem (Amsterdam), Dr. Ringier (Zürich), Dr. v. Schrenck-Notzing (München), Dr. Lloyd-Tuckey (London), Dr. Sjöström (Köln), Dr. Stadelmann (Würzburg). Dr. Tecklenburg (Lindenhof-Coswig), Dr. Vogt (Berlin)

UNTER BESONDERER FÖRDERUNG VON

PROF. A. FOREL

HERAUSGEGEBEN VON

DR. O. VOGT.



LEIPZIG 1897
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH

Inhalts-Verzeichniss.

Band 6.

Originalartikel.

Literaturzusammenstellungen.

Referate und Besprechungen.

Zur Methodik der hypnotischen Behandlung.

Von

Korbinian Brodmann.

Einleitung.

In dem wissenschaftlichen Kampfe um den Hypnotismus und die mit ihm auf's Innigste verbundene Suggestionslehre, der viele Jahre mit einem ungewöhnlichen Aufgebot von Voreingenommenheit und mangelhaftem Wissen, von Unduldsamkeit und persönlicher Gehässigkeit geführt wurde, ist seit einiger Zeit etwas Ruhe eingetreten. Der Sturm hat sich gelegt, die Gemüther sind besänftigt, und man hat auf beiden Seiten begonnen, das Facit aus den langen Unterhandlungen zu ziehen und der vorurtheilslosen Ueberlegung Raum zu geben. An lehrreichen Erfahrungen und bitteren Enttäuschungen hat es dabei hier wie dort nicht gefehlt.

Man hat auf der einen Seite erfahren müssen, dass mit dem academischen Anathema eine unbequeme Frage sich heutzutage nicht mehr aus der Welt schaffen lässt, dass es ebensowenig gelingt, eine Errungenschaft, die tief in alle Verhältnisse, öffentliche wie private, einschneidet, mit überlegenem Hochmuthe todtzuschweigen, man hat sich bequemen müssen, gegenüber von unleugbaren Thatsachen [1]) an Stelle summarischer Negation die Anerkennung der Realität treten zu lassen.

[1]) Prof. Binswanger erklärte auf der Jahressitzung der deutschen Irrenärzte zu Frankfurt 1887 über die hypnotische Therapie: „Bei allem Scepticismus darf man die Beschäftigung mit diesen Dingen nicht von der Hand weisen; es sind Thatsachen, welche nicht wegzuleugnen sind.“

Man ist auf der anderen Seite zu der Ueberzeugung gelangt, dass es vergebliche Mühe ist, mit gelehrten Abhandlungen und theoretischen Deductionen einen eingewurzelten Kastengeist, den zähen conservativen Sinn unserer Universitäten zu brechen, man hat die Fruchtlosigkeit von Beweis und Gegenbeweis erkannt und man musste die Enttäuschung erleben, dass selbst practische Erfolge und die Resultate einer exacten Forschung die „berufsmässigen Zweifler“ nicht zu belehren vermögen. Man hat sich, gegenüber solchen Factoren, auf dieser Seite entschlossen, die klärende Wirkung der Zeit abzuwarten.

Die Geschichte lehrt uns, zum Troste für die Anhänger des Hypnotismus, bei allen Neuerungen in der practischen Medicin, ganz zu geschweigen von den anderen Wissenszweigen, analoge Vorgänge. Die hochgespannten Erwartungen und oft übertriebenen Versprechungen, die an eine neue Lehre geknüpft werden, erzeugen Gegenströmungen, die mit gleicher Hartnäckigkeit die Verneinung jedes positiven Werthes vertreten und sehr oft ein aprioristisches Verdammungsurtheil der ganzen Frage aussprechen. Man erinnere sich, mit welcher Heftigkeit die Einführung der physikalischen Heilmethoden jeweils im Anfange bekämpft wurde, man lese die Fülle von Einwänden und Zweifeln, die noch heute der Serumtherapie, trotz ihrer unzweideutigen Erfolge, von Laien wie Fachmännern entgegengebracht wird. Die Wirkung der Opposition bedeutet in allen Fällen, sofern sie vorurtheilslos bleibt und eine sachliche Prüfung nicht grundsätzlich verwirft, eine Vertiefung des Studiums und eine Förderung der Erkenntniss, kurz einen wissenschaftlichen Fortschritt. Allerdings hat gerade die deutsche „officielle Wissenschaft“ dem Hypnotismus gegenüber den Vorwurf der mangelnden Objectivität und Sachkenntniss auf sich geladen und gewisse Kreise können bis heute noch nicht davon freigesprochen werden. „Der Hass gegen den Hypnotismus verleitet zur Leugnung der hypnotischen Heilerfolge, obwohl für diese ebensowohl Zeugen einstehen, wie für die electrotherapeutischen Heilerfolge“ (Möbius, Neurol. Beiträge I. 1894 „Ueber den Werth der Electrotherapie“).

Allein trotz aller Anfeindungen und trotz gelegentlicher, von ohnmächtiger Wuth eingegebenen Ausfälle, die bis in die jüngste Zeit vorgekommen [1]), hat der Hypnotismus immer breiteren Boden gewonnen.

---

[1]) Als Beleg möchte ich auf einige Aeusserungen von Prof. Rieger hinweisen: Bereits 1892 hatte R. im Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie XV, pag. 339—341 seine Argumentation gegen den Hypnotismus und die Suggestions-

Es sind Beziehungen zu allen Geisteswissenschaften aufgedeckt, die Bedeutung für die einzelnen Specialgebiete ist von den verschiedensten Seiten untersucht worden. Am festesten vermochte die Lehre vom Hypnotismus Wurzel zu fassen in der practischen Medicin, sie ist hier in das Stadium besonnener Entwickelung und ruhigen Fortschreitens eingetreten. Die Anwendung des Hypnotismus zu Heilzwecken hat eine ungeahnte Ausbreitung erfahren, und was vor Jahren galt, kann heute mit viel grösserem Rechte gesagt werden: „Die jetzige Hochfluth der hypnotischen Behandlung ist sicher noch im Steigen.“ [1])

In dieser Entwickelungsphase kann es sich nicht mehr um die Discussion über die Berechtigung des hypnotischen Heilverfahrens handeln, ebensowenig wie noch Jemand die Realität der hypnotischen Phaenomene ernstlich in Zweifel stellen wird. Hunderte von Klinikern und Aerzten, welche die Hypnose, verbunden mit den übrigen Methoden der Psychotherapie und im Verein mit anderen therapeutischen Maassnahmen, tagtäglich anwenden, haben dieselbe als ein willkommenes und in sehr vielen Fällen jedem anderen Verfahren überlegenes Hilfsmittel der Therapie schätzen gelernt und beschrieben. Jene Forscher auf anderen Gebieten, deren unparteiisches, von Berufsinteressen unbeeinflusstes Urtheil sich ebenfalls zu Gunsten des therapeutischen Hypnotismus ausgesprochen hat, die die ausser-

---

therapie erschöpft in den Worten: „Ich kenne keine tiefere und wahrere Darstellung alles dessen, was hier in Betracht kommt, als diese Hexenküche“ (in Goethe's Faust) . . . Und neuerdings fasst R. unter Heranziehung jenes alten höchst trivialen Vergleiches seine Anschauungen über diese Frage nochmals zusammen in einigen Citaten aus der Hexenküche im Faust und stellt „das tolle Zauberwesen“, den „Wust der Raserei“, die „Altweibercur des Hypnotismus“ in Parallele zur „Sudelkicherei“ der Organsafttherapie (Schmidt's Jahrbücher, Bd. 251, pag. 193).

Diese Wiederholung früherer Phrasen beweist für uns höchstens das Wohlgefallen, das Prof. R. an seinen eigenen Witzen findet und den Mangel an anderweitigen Gründen, nicht aber einen besonderen Geschmack. Am wenigsten vermag Prof. R. damit seinen wissenschaftlichen Ernst zu documentiren, der übrigens eine noch bedenklichere Beleuchtung erfährt durch die Bemerkungen, die an gleicher Stelle (Centralblatt XV, pag. 341) über die von v. Schrenck-Notzing mitgetheilten suggestiven Heilerfolge bei conträr Sexualen eingeschaltet sind. Die diesbezüglichen Auslassungen seien unseren Collegen wärmstens zur Kenntnissnahme empfohlen. Wir können sie hier im Wortlaute nicht wiedergeben; sie stehen auf einem solchen Niveau, dass die „hypnotische Sensationsliteratur“ in ihren Spalten keinen Raum für sie hat.

[1]) Binswanger, Therap. Monatshefte 1889, 1—4: „Bemerkungen über die Suggestionstherapie“.

ordentliche Wichtigkeit und segensreiche Wirkung desselben anerkannt haben [1]), dürfen hier nur andeutungsweise erwähnt werden, da wir uns auf den Standpunkt der reinen Empirie stellen wollen und somit nur directe Erfahrungen, welche den Nichtmedicinern meist abzugehen pflegen, berücksichtigen können. Gerade innerhalb des engeren Rahmens der practischen Medicin ist ein wesentlicher, vielleicht ein entscheidender Fortschritt zu bemerken. Es kann einer objectiven Beobachtung nicht entgangen sein, dass sich im Verlaufe der letzten Jahre eine Verschiebung des Schwerpunktes der Discussion vollzogen hat. Die Realität und der positive Werth des Hypnotismus sind als Streitobjecte mehr und mehr verschwunden und an deren Stelle sind Fragen technischer Art getreten. Es ist unschwer, darin eine allgemeine Tendenz zu erkennen. die auf eine stärkere Ausnutzung des Hypnotismus in der Praxis abzielt. Wenn auch das Wesen und die physiologisch-psychologische Bedeutung der Hypnose noch lange Gegenstand ernster Untersuchungen bleiben, wenn die theoretischen Erörterungen über die Phaenomenologie der Hypnose noch einen breiten Raum in dem Studium des Hypnotismus einnehmen werden und einnehmen müssen, so haben doch gegenwärtig, der Natur der Sache nach, mehr practische Erwägungen sich in den Vordergrund des ärztlichen Interesses gedrängt und fast die ganze Arbeitskraft der hypnotischen Forscher in Anspruch genommen.

Die Ausführungen der vorliegenden Studie dienen ebenfalls einem practischen Bedürfnisse und zwar verfolge ich rein methodologische Zwecke. Ich werde mich deshalb, ausgenommen einzelne durch den Zusammenhang gebotene Abschweifungen, auf eine Schilderung der Methodik der hypnotischen Therapie beschränken, wie sie unter Leitung von Vogt im Sommer 1896 ausgeübt wurde. — Die Intentionen meiner Arbeit sollen den Bedürfnissen eines practischen Arztes entgegenkommen, welcher innerhalb eines beschränkten Indicationskreises und der ihm aus äusseren Gründen gezogenen Grenzen, auf die später hingewiesen werden soll, die hypnotische Behandlungsweise in seine Praxis einführen will. Das der directen Beobachtung entnommene Thatsachenmaterial wird zum grössten Theil wortgetreu nach den Krankengeschichten und Hypnose-Protokollen wiedergegeben werden und dürfte deshalb wohl geeignet erscheinen für einen dem Hypnotismus zugeneigten Arzt, der noch nicht die Musse fand, sich zum fertigen

[1] Wundt, „Suggestion und Hypnotismus“ 1892.

Hypnotisten auszubilden, der aber auch in seinem Wirkungskreise keine Gelegenheit hat, sich eigene Erfahrungen zu sammeln, die Grundlage abzugeben, an der er sein Wissen bereichern, sein Urtheil schärfen, seine Methode vervollkommnen kann, kurz an der er für die Praxis eine Menge von Einzelheiten zu lernen vermag, deren Unkenntniss für ihn die unversiegbare Quelle beständiger Fehler und Irrthümer wird, die ihn zu Misserfolgen in der Behandlung seiner Kranken, zu Zweifeln an der Hypnose und schliesslich zum völligen Verzicht auf die hypnotische Therapie führen müssen.

Die Technik der Hypnose war und ist der massgebende Factor bei dem inneren Ausbau der Lehre vom Hypnotismus; sie bestimmt ebensowohl die Auffassung über die Natur der hypnotischen Phänomene, wie sie entscheidend ist für das Urtheil über den therapeutischen Werth der Hypnose. Wir finden für diese Behauptung eine Bestätigung durch die Geschichte wie durch die alltägliche Erfahrung und ich möchte auf diesen lehrreichen Parallelprocess etwas näher eingehen.

Wir sehen zunächst an dem geschichtlichen Entwickelungsgange des Hypnotismus, dass Hand in Hand mit der Umgestaltung der Methode sich auch ein Umschwung in den theoretischen Anschauungen über das Wesen dieser Erscheinungen vollzog. In gleicher Zeit wie die physikalisch-technischen Hilfsmittel zur Erzeugung der Hypnose durch das suggestive Verfahren verdrängt werde, musste auch die neuropathische Interpretation der hypnotischen Phänomene der physiologischen Erklärung derselben weichen. In Frankreich trat gegenüber der allmächtigen Schule der Salpêtrière die Schule von Nancy auf, und auch in Deutschland vollzog sich ein ähnlicher Umschwung, nur etwas später. Während bis zum Jahre 1887 in Deutschland die Lehre Charcot's fast ausschliessliche Beachtung fand, lässt die Literatur [1]) von diesem Zeitpunkte ab ein wachsendes Interesse an der von Nancy ausgehenden Strömung erkennen. Binswanger schreibt mit Bezug hierauf im Jahre 1889 [2]): „Wir sehen die Weiterentwickelung der Lehren und Anschauungen sowohl im Entwickelungsgange des einzelnen“ . . . „wie

---

[1]) Cfr. von Schrenck-Notzing, „Ein Beitrag zur therapeutischen Verwerthung des Hypnotismus“ 1888, pag. 47 ff.

[2]) Real Encycl. der ges. Heilkunde, Bd. X, pag. 61—124, Artikel Hypnotismus.

ganzer Schulen" . . „überall verdrängt die Suggestion alle anderen Methoden der Untersuchung und begräbt scheinbar die ganzen früher methodisch mühselig erlangten Versuchsergebnisse in der Fluth der neuen bahnbrechenden und mannigfaltigen Befunde" . . . Ferner [1]): „fast alle sorgfältigen und gewissenhaften Beobachter sind im weiteren Verlaufe ihrer Studien über den Hypnotismus allmählich von der Production der hypnotischen Zustände durch physikalisch-technische Hilfsmittel zu derjenigen durch psychische Einwirkung, durch Suggestion fortgeschritten".

So haben die alten von Braid und Charcot aufgestellten Theorien zugleich mit den ihnen entsprechenden Methoden ihren Anhang verloren und mussten dem einheitlichen Begriffe der Suggestion, der durch Liébeault und Bernheim eingeführt wurde, das Feld räumen. Die Psycho-Physiologie hat es vermocht, dieser neuen Lehre von Jahr zu Jahr eine immer festere wissenschaftliche Grundlage zu geben.

Was uns die Geschichte im Grossen lehrt, zeigt die alltägliche Erfahrung im Kleinen. Die methodologischen Consequenzen, die wir aus der Entwickelung der hypnotischen Schulen ziehen können, haben ihr Analogon in den Beobachtungen aus der Praxis, die ebenfalls eine überwiegende Bedeutung der Methode erkennen lassen.

Es hat sich gezeigt, dass die Resultate hypnotischer Experimente hauptsächlich abhängig sind, von dem Modus, der jeweils bei der Erzeugung der Hypnose zur Anwendung kam. Diese Erkenntniss hat bald eine Verallgemeinerung erfahren. Und nach dem übereinstimmenden Urtheil aller Sachkenner, dem sich die Ergebnisse meiner Studien bestätigend anschliessen, ist es heutzutage als eine unumstössliche Thatsache zu betrachten, dass für die Erklärung von Erfolg und Misserfolg, von Schädlichkeiten und Zwischenfällen, kurz für alle Erscheinungsformen, Aeusserungen und Folgeerscheinungen hypnotischer Proceduren, mögen sie günstig oder ungünstig sein, positiv oder negativ ausfallen, technische Gründe vollkommen ausreichend sind. Die Literatur weist für alle Fälle Beispiele genug auf. Auf der einen Seite lassen sich alle Misserfolge, die bei wirklich für die Hypnose geeigneten Patienten verzeichnet werden, ebensowohl wie alle unangenehmen Zwischenfälle (accidents), sofern es sich nicht um die Hervorrufung hysterischer Symptome handelt, wie sie dem Arzte bei jedem therapeutischen Eingriffe, oft sogar bei der diagnostischen Exploration be-

[1]) Citirt nach Binswanger, „Bemerkungen über die Suggestivtherapie". Sonderabdruck aus „Therapeut. Monatshefte" 1889, Heft 1–4.

gegnen, lediglich auf die mangelhafte Beherrschung der Methode zurückführen. Andererseits kann jeder Anfänger an sich selbst die Beobachtung machen, wie sehr die therapeutischen Erfolge von der Wahl der Mittel und von der Art und Weise der Ausführung der Hypnose beeinflusst werden und er wird sehen, dass mit der Vervollkommnung der Methode, mit zunehmender Geschicklichkeit und Schärfe der Beurtheilung der einzelnen Fälle sich die Resultate günstiger gestalten. Schon Liebeault hat diese Beziehungen erkannt und darauf aufmerksam gemacht; er hat sich nicht gescheut, die Irrthümer und deren Folgen, die er anfangs zu verzeichnen hatte, offen einzugestehen. Auch Forel hat diesbezügliche Mittheilungen gemacht; sein Beispiel ist in letzter Hinsicht geradezu charakteristisch, Wie die statistischen Angaben [1]) in seinem Lehrbuche beweisen, nimmt mit der Uebung des Experimentirenden nicht nur die Zahl der absolut Refractären ab, sondern man erzielt auch eine progressive Vertiefung der Hypnosen bei der Gesammtzahl der Medien und parallel mit dieser eine Vermehrung der Heilerfolge.

Am meisten hat sich die Kritik natürlich mit den eigentlichen Gefahren des Hypnotismus beschäftigt und es ist ein ganzes Heer von Schädlichkeiten, die sich gelegentlich während oder nach hypnotischen Experimenten eingestellt haben sollen, aufgezählt und mit der Hypnose in Zusammenhang gebracht worden. Ein kurzes Eingehen auf dieselben halte ich deswegen für geboten, weil ich glaube, dass allein die offene Besprechung und rückhaltlose Klarlegung aller von gegnerischer Seite geltend gemachten Gründe geeignet ist, bei jüngeren Collegen, die sehr oft unter dem Banne von Vorurtheilen stehen, die ihnen im Verlaufe ihrer klinischen Studien von den academischen Autoritäten eingeimpft wurden, das vorhandene Misstrauen zu beseitigen und eventuelle Bedenken gegen die practische Ausübung der Hypnose zu zerstreuen. Im Allgemeinen kann man sagen: Würden jene Gefahren und Schädigungen in dem Umfange bestehen, wie sie immer wieder gegen den Hypnotismus aufgeführt werden, so könnte sich längst kein ehrlicher Arzt mit der hypnotischen Behandlungsweise abgeben. Gerade aber die Thatsache, dass sich immer mehr Aerzte diesem Heilverfahren anschliessen und vor Allem, dass sie dasselbe beibehalten und auszudehnen suchen, dürfte an sich ein Fingerzeig sein, wie wenig Werth jenen gegnerischen Aeusserungen beizulegen ist, vorausgesetzt, dass man

[1]) Forel, „Der Hypnotismus, seine psychophysiologische, medicinische und strafrechtliche Bedeutung und seine Handhabung“ 1895, pag. 28.

nicht alle Menschen, die sich mit Hypnotismus beschäftigen, kurzer Hand unter die Betrüger oder Betrogenen oder (mit Mendel) unter die Imbecillen rechnen will. Von grösserer Bedeutung als ein indirecter Beweis ist jedoch das den gegnerischen Argumenten contradictorisch entgegenstehende Urtheil von Männern, denen man in dieser Angelegenheit eine wirkliche Sachkenntniss zuschreiben muss, die sich auf positive, in der Praxis erworbene Erfahrungen und nicht auf ein gelegentliches Herumexperimentiren stützen. Ich nenne die ausführlichen Lehrbücher und grösseren Abhandlungen älteren Datums nicht; ich möchte an dieser Stelle nur hinweisen auf die erst kürzlich in der Zeitschrift für Hypnotismus veröffentlichten Berichte aus der Klinik für Neurologie und Psychiatrie von Prof. Laufenauer[1]) in Budapest und aus der Poliklinik von Prof. Forel in Burghölzli.[2]) Ferner möchte ich aufmerksam machen auf eine Sammlung von Gutachten, die durch Grossmann seinerzeit veranstaltet wurde und auf die Zusammenstellung von Aussprüchen erfahrener Hypnotisten (Liébeault, Bernheim, Beaunis, Brüggelmann, Forel, Moll, Ringier, v. Scholz, Sperling, L. Tuckey, Wetterstrand, v. Schrenck-Notzing, Möbius, Eulenburg, Schmidtkunz, Brouardel), die Reinhard Gerling in seiner populär gehaltenen und für ein breiteres Publicum bestimmten Broschüre („Der practische Hypnotismus". Berlin 1895) veröffentlicht hat. Sie stimmen alle inhaltlich, mit geringen Variationen im Ausdruck mit Forel überein, der sagte: „Die suggestive Therapie bietet nur Gefahren in den Händen von böswilligen oder unkundigen Personen". Schliesslich soll noch Prof. Eulenburg, der seiner Auffassung besonders scharfen Ausdruck verleiht, persönliche Erwähnung finden; er schreibt: „Die von gewissen Seiten immer so ängstlich herbeicitirten Gefahren hypnotischer Forschung können höchstens als ein frivoler Vorwand, nicht aber als ein ernstliches Motiv restringirender und repressioneller Maassregeln gelten. Kein ernst zu nehmender Sachkenner hat diese Gefahren bisher wirklich nachgewiesen; sie existiren zumeist nur in der Einbildung derer, die ihre Unkenntniss des Gegenstandes, ihre Abgeneigtheit und Unfähigkeit zur Beschäftigung damit hinter diesem deckenden Schilde zu verbergen bemüht sind".

In ausführlichster Weise werden alle die genannten Fragen durch Moll discutirt[3]). Er untersucht im Einzelnen die angezogenen Schäd-

---

[1]) Ztschr. f. Hypn., Bd. IV, pag. 269 ff.

[2]) Ibidem, Bd. V, Heft 1. Siehe auch Bd. V, pag. 219: Dr. Delius „Erfolge der hypnotischen Suggestivbehandlung in der Praxis".

[3]) Moll, „Der Hypnotismus", Berlin 1895, III. Aufl., pag. 245 ff. u. pag. 295.

lichkeiten und die daraus erhobenen Warnungen und Einwände, widerlegt deren Beweiskraft und führt sie auf ihre wahre Ursache zurück. Besonders wirksam ist sein Nachweis, „dass fast alle jene Männer (Gilles de la Tourette, Ewald, Mendel, Rieger, Binswanger), die besonders von den Gefahren des Hypnotismus und auch sonst gegen ihn sprechen, sich keineswegs abhalten lassen, selbst zu hypnotisiren.“ Sie geben damit zu, wie Moll betont, „dass nicht die Hypnose als solche, sondern ihre fehlerhafte Anwendung das Schädliche ist“. Ein grosser Theil der veröffentlichten Fälle, wo die Hypnose schädliche Wirkungen gehabt haben soll, findet nach Moll seine natürliche Lösung in der Unterlassung von Vorsichtsmassregeln (Séglas, Briand, Lewoff u. a,), ein anderer Theil wird erklärt durch den Nachweis „gröbster Kunstfehler“ wie sie, nach den Untersuchungen von Forel, v. Schrenck-Notzing und Bernheim, besonders Friedrich in seiner Philippica gegen den Hypnotismus unterlaufen sind; ein dritter Theil schliesslich wird durch willkürliche Construction eines Causalnexus zwischen Hypnose und einer zufälligen späteren Erkrankung künstlich producirt. Es würde zu weit führen die angedeuteten Factoren alle im Einzelnen zu prüfen; nur der letztere Punkt darf nicht gänzlich unbesprochen bleiben, denn gerade hierin ist am meisten gesündigt worden. Der Grundsatz des „post hoc, ergo propter hoc“ ist wohl noch nie in einer Disciplin mit weniger Kritik und weniger Objectivität ausgebeutet worden, als es die Schulmedicin dem Hypnotismus gegenüber gethan hat. Die von Binswanger in den „Bemerkungen über die Suggestivtherapie“ citirten Beispiele sind zu veraltet, um nochmals besprochen zu werden. Neueren Datums sind die von Jolly im „Archiv für Psychiatrie 1894“ veröffentlichten Fälle, auf deren, durch Forel unternommene, Beantwortung und Widerlegung ausdrücklich hingewiesen werden soll. Schliesslich möchte ich auch auf die diesbezüglichen Ausführungen auf der Naturforscherversammlung in Wien 1895 aufmerksam machen.

Wenn ich nach all dem Gesagten zu einem Schlusse kommen soll, so kann ich nur wiederholen, was schon oben angedeutet wurde: Die Frage nach der Berechtigung eines therapeutischen Hypnotismus steht und fällt mit dem Nachweis einer rationellen Methodik, d. h. eines Verfahrens, das unter Ausschluss aller unmittelbaren Gefahren unzweifelhafte Heilerfolge verspricht.

Man wird in dieser Hinsicht zwar zugestehen müssen, „dass der

Hypnotismus, wie jedes Heilmittel und jedes Instrument bei falscher Anwendung zur Körperschädigung missbraucht werden kann".[1]) Alle strafrechtlichen Consequenzen jedoch, die sich daraus ergehen, fallen der Beurtheilung des Gesetzgebers resp. Richters anheim, da sie in jedem Falle sträflichen Nebenabsichten des Experimentirenden entspringen; sie liegen also gänzlich ausserhalb des ärztlichen Machtbereiches.

Auf der anderen Seite wird man den Einwänden der Opposition mit aller Bestimmtheit entgegenhalten dürfen, dass das Stadium des Tastens und Suchens nach einer geeigneten Methode, Dank der verdienstvollen Arbeit bedeutender Männer, bereits überwunden ist, dass wir längst zu einer „sicheren gefahrlosen und heilbringenden Methode" fortgeschritten sind. Allerdings bleibt der nächsten Zukunft auch auf diesem Gebiete noch viel zu thun übrig. Man wird jene Methode theoretisch genauer begründen, schärfer abgrenzen, auf ihren absoluten Werth untersuchen, man wird ihr vor Allem eine grössere Verbreitung und allgemeinere Anerkennung verschaffen müssen.

Dabei darf man nicht übersehen, dass die Ausübung der Hypnose an eine Reihe weiterer Postulate geknüpft ist, deren Erfüllung unabweisbar ist. Man darf zunächst nicht vergessen, dass Forel[2]) schon vor Jahren (gegenüber den Berliner Neurologen) als Grundbedingung für die richtige Anwendung der Hypnose medicinische und psychologische Kenntnisse und die Fähigkeit Diagnosen zu stellen, d. h. die ärztliche Ausbildung voraussetzte. Man darf ferner nicht erwarten, dass die ärztliche Qualification eo ipso zur specialistischen Verwendung des Hypnotismus befähige. Man wird demnach von jedem Arzte, der die hypnotische Behandlungsweise in seiner Praxis einführen will, verlangen müssen, dass er theoretisch und practisch in diesem Gebiete orientirt sei, dass er einen gewissen Grad von Uebung und Sicherheit in der Technik erworben, kurz dass er das Hypnotisiren erlernt und die Befähigung dazu nachgewiesen habe.

(Fortsetzung folgt.)

---

[1]) Münsterberg, Ueber Aufgaben und Methoden der Psychologie.

[2]) Forel, „Einige Bemerkungen über den gegenwärtigen Stand der Frage des Hypnotismus nebst eigenen Erfahrungen." Münch. med. Wochenschr. 1888, Bd. XXXV.

Liébeault et son École.

Causeries

par le docteur **A. W. van Renterghem.**

IV.

La clinique de psychothérapie suggestive d'Amsterdam.

Lorsque, revenu de Nancy, je repris ma pratique à Goes, j'avais sans nul doute l'intention de faire profiter mes malades si l'occasion se présentait, de mes connaissances en hypnothérapie nouvellement acquises. Je ne pensai pas le moins du monde cependant à m'établir hypnotiseur.

Goes est une petite ville de province (6000 âmes), chef-lieu de l'île Zuid-Beveland (prov. de Zélande). Elle constitue le centre, le marché d'une trentaine de villages qui l'environnent. Le pays est bien peuplé, très-fertile et la culture du blé y réussit à merveille.

Je partageai la pratique avec trois confrères et recrutai ma clientèle principalement dans la classe bourgeoise et dans celle des cultivateurs des environs. Exerçant les trois branches de la médecine j'avais une rude besogne et il me restait fort peu de temps pour mes loisirs.

Dès le premier jour que je me remis à voir mes malades, un paysan d'environ cinquante ans, une vieille connaissance, se présenta à ma consultation et me donna de suite l'occasion d'exercer mon talent d'hypnotiseur. J'avais soigné le bonhomme, il y avait trois ans pour une pneumonie croupeuse. Depuis, sa santé n'avait pas laissé à désirer; seulement il lui était resté un point douloureux au-dessus du mamelon droit. Un examen souvent réitéré m'avait appris l'absence de toute lésion organique. J'avais en vain essayé de lui

enlever sa douleur par les remèdes topiques usuels. L'effet de ces remèdes, quelquefois salutaire, ne persistait pas et l'homme revenait toujours à la charge pour être débarrassé de son mal. Sa confiance en moi était à toute épreuve, aussi lorsque je réussis à lui faire comprendre — il avait l'ouie dure — que j'avais l'intention de l'endormir et de le guérir par l'application de ma main sur la place douloureuse, il consentit aussitôt à se soumettre à ce nouveau traitement.

Je l'installai dans un bon fauteuil et le priai de fixer mon oeil gauche. Je me tins debout devant lui, un peu à sa droite, posai ma main gauche sur son front et je lui regardai dans les yeux, sans mot dire. Quelques secondes après, je vis ses paupières clignoter puis se fermer. Je lui levai un bras qui garda la position donnée. Mon homme était pris et tellement pris qu'il ne sentait pas la piqure d'une épingle avec laquelle je lui traversai la peau de la main. J'appliquai ensuite ma main sur le point douloureux et après cinq minutes environ je réveillai le malade en lui criant à l'oreille qu'il était tout à fait bien et qu'il allait se réveiller. Le bonhomme avait parfaitement dormi; il ne savait pas combien de temps; la douleur avait disparu.

Ce qui est surtout remarquable, c'est que la guérison (même après deux ans) ne s'est pas démentie. Le malade en effet, n'a jamais eu que cette seule séance.

Pourquoi cet homme si suggestible n'a-t-il pas guéri par la suggestion indirecte des différents topiques que je lui avais préalablement prescrit? Il faut croire que je n'aurai pas eu, en les prescrivant, cet air de confiance absolue dans leur vertu suffisant pour entraîner sa conviction.

Est-il besoin de dire que cette cure m'enthousiasma et me poussa à continuer dans cette voie? Chez plusieurs malades que je soignai chez eux j'eus l'occasion de me servir avec avantage de la suggestion et ma renommée d'hypnotiseur ne tarda pas à s'établir. Je fus forcément conduit à donner des séances d'hypnotisme thérapeutique régulièrement chaque jour, séances qui dans peu de jours absorbèrent tellement mon temps qu'il m'en restait à peine pour soigner ma clientèle ordinaire. Après un mois, on accourrait chez moi de dix lieues à la ronde. C'était une rage. On se bousculait à ma porte. Je commençai mes séances d'hypnose à onze heures du matin et les prolongeai jusqu'à cinq heures du soir, traitant dans cet espace de temps de quarante à soixante personnes. Mon installation était des plus sommaires. Je n'avais à disposer que de mon cabinet de travail, une chambre oblongue,

assez grande, il est vrai. Imitant M. Liébeault, j'avais réduit l'ameublement au stricte nécessaire. Un fauteuil pour le malade à traiter, tout au fond de la chambre, le dos tourné à la fenêtre, et tout auprès une table portant le régistre des malades, affecté aux annotations journalières et quelques instruments pour le diagnostic, enfin un escabeau pour m'asseoir. A droite et à gauche une douzaine de chaises pour les patients qui attendaient leur tour. J'avais réservé la matinée de huit à onze heures pour visiter mes malades en ville. Le soir, après un diner à la hâte, j'allai voir ma clientèle à la campagne. Rentraut à dix heures j'avais hâte de me mettre au lit. Souvent on vint me quêter encore la nuit pour un accouchement ou pour quelque malade sérieux, de sorte que mon sommeil fut maintes fois interrompu. J'ai mené cette vie pendant plus de trois mois. Il était évident que je n'aurais pas pu continuer de la sorte et qu'il me fallait choisir entre l'hypnothérapie et ma pratique ordinaire.

Sur ces entrefaites je reçus un jour la visite du docteur van Eeden. C'était dans l'après-midi d'une journée de juillet. J'étais occupé à délivrer un dormeur profond de tintements d'oreilles qui continuaient à l'agacer même aprés que j'eus déblayé ses conduits auditoires d'une masse endurcie de cérumen, causes premières du phénomène qui l'incommodait depuis quelque temps. Mon cabinet regorgeait de monde et j'avais quelque peine à réserver à mon collègue une petite place où il pourrait m'observer à son aise. Successivement je traitai une dizaine de malades devant lui et il me quitta parfaitement gagné à la cause de l'hypnotisme thérapeutique. Quelque temps après il me fit la proposition de nous associer et d'ouvrir une clinique de psychothérapie à Amsterdam.

A cette époque le docteur van Eeden était établi comme médecin à Bussum (non loin d'Amsterdam) depuis quelque temps. Il avait fait ses études de médecine à l'université d'Amsterdam où il avait été reçu docteur le 8 juillet 1886 sur la thèse: „L'alimentation artificielle chez les tuberculeux", sujet qu'il avait étudié à Paris à l'hopital Andral sous les auspices du professeur Debove. Ce fut là qu'il vit faire pour la première fois des expérimentations sur des hypnotisés et qu'il apprit à connaître la suggestion. Pour lui, qui avait toujours senti de l'attrait pour les choses psychologiques, ces expérimentations furent une révélation. Le magnétisme, le spiritisme, le cumberlandisme avaient été depuis longtemps déjà des sujets favoris de lecture pour lui et d'expérimentations dans sa famille et dans un petit cercle d'amis. Les études de la médecine ne l'em-

pêchaient pas, étant étudiant, de vouer une partie de son temps aux beaux-arts et à la littérature. Quoique aimant la musique et la peinture ce furent surtout les belles lettres qu'il cultivait. Dès les premières années de ses études il a fait oeuvre de littérateur et il n'a pas tardé à se révéler poëte.

Van Eeden est auteur d'un grand nombre d'articles sur des sujets biologiques et psychologiques dont le premier daté de décembre 1886 parût dans la revue bimensuelle, scientifique, artistique et littéraire qu'il venait de fonder avec trois de ses amis, la „Nieuwe Gids".

Dans cet article il traite de *L'hypnotisme et les miracles* et se fait connaître maître dans l'art de la critique connaissant à fond le côté théorique de son sujet. Il y fait mention de quelques expérimentations sur des sujets hypnotisés faites par M. Debove, en sa présence, expérimentations qu'il aimait à répéter, de retour à Amsterdam, devant ses amis et co-étudiants à l'hôpital. L'étude du livre de M. Bernheim et sa visite à ma policlinique de Goes l'engageaient dans la voie de l'application thérapeutique de la suggestion. Les succès obtenus dès ses premiers essais achevèrent de le convaincre et l'amenèrent à me proposer l'association susdite.

Une quinzaine de jours avant l'ouverture de notre clinique à Amsterdam, je publiai dans la „Nieuwe Gids" un article sur le docteur Liébeault et l'École de Nancy, qui servit pour ainsi dire d'introduction à la nouvelle thérapie au public lettré de Hollande. L'ouverture eut lieu le 15 août 1887. Dès le premier jour nous eûmes à nous applaudir du succès de notre entreprise et bientôt l'affluence des malades nous obligea d'agrandir la clinique. La fondation et la première assemblée du congrès national pour l'avancement de la médecine et des sciences naturelles, réuni à Amsterdam du 29 sept. au 1 oct. de cette même année, coïncidait heureusement avec l'ouverture de notre clinique. Aussi saisis-je cette occasion fortuite pour faire une lecture dans laquelle j'exposai l'hypnotisme thérapeutique et dans laquelle je rendis compte des résultats que j'avais obtenu dans ma pratique grâce à cette nouvelle médication.

La lecture de ce mémoire fut suivie avec grand intérêt et donna lieu à quelques débats qui conduisirent à ce résultat que je me mis à la disposition de tout collègue qui désirerait s'initier à la suggestion thérapeutique méthodique inaugurée par M. Liébeault.

Le professeur Donders présidant la séance me pria de vouloir accepter les remercîments chaleureux de l'assemblée pour l'exposition

scientifique du sujet et exprima son assurance que l'hypnotisme possède des titres sérieux réclamant l'attention du physiologue et du clinicien; il se réservait cependant, jusqu'à nouvel ordre, d'émettre une opinion définitive sur la valeur pratique de l'hypnotisme comme agent thérapeutique.

Du 15 août 1887 jusqu'au 30 juin 1893, le docteur van Eeden a partagé avec moi la direction de la clinique de psychothérapie d'Amsterdam. A cette date, il s'est retiré à Bussum, pour se vouer presque exclusivement aux belles lettres.

Nous avons publié pendant cette période de temps en collaboration un „Compte-rendu des résultats obtenus etc." pendant une première période bisannuelle (Bruxelles, chez Manceaux 1889) que j'ai eu l'honneur de lire au congrès international de l'hypnotisme à Paris le 9 août 1889, travail qui a été suivi d'une seconde publication traitant du même sujet et exposant nos résultats pendant la période 1889—1893, paru sous le titre „Psychothérapie" (Paris, société d'Éditions scientifiques, 1894).

Le docteur van Eeden, travailleur infatigable, a su profiter du peu de temps de loisir que lui laissait sa pratique, pour écrire un grand nombre d'articles sur la psychothérapie et sur des sujets psychologiques et biologiques.

Il publia ainsi en février 1888 „De Psychische geneeswyze" dont il fit la lecture devant une assemblée de gens du monde à Harlem. Il y fait l'exposé de l'hypnotisme thérapeutique, y démontre que le moral gouverne le physique et cite quelques exemples empruntés à Hack-Tuke pour illustrer sa thèse.

Dans la seconde moitié de 1888, il publia une étude „Ons Dubbel-ik" dans la Nieuwe Gids, traitant de la double conscience. L'année suivante il donne, devant la société de psychiatrie de Hollande dans sa séance du 21 novembre, à Utrecht un résumé succinct des vues règnantes à cette époque sur la psychothérapie suggestive. Il finit sa lecture par la présentation de quelques thèses sur lesquelles il prie la société de bien vouloir se prononcer, savoir:

1. La suggestion hypnotique ne sera appliquée que par les hommes légalement autorisés et suffisamment experts en hypno-thérapie. L'autorisation doit être accordée par l'état et règlée devant la loi.

2. La suggestion hypnotique devra être rangée de droit parmi les agents thérapeutiques dans le traitement des maladies mentales.

Ces thèses donnèrent lieu à de longs débats. A la proposition des docteurs van Deventer et Ruisch, elles furent amendées comme suit:

1. La société de psychiatrie est d'avis que l'étude de la psychothérapie doit dorénavant faire partie de celle des sciences médicales.

2. L'application de la suggestion hypnotique par des personnes non autorisées doit être considérée dangereuse et défendue.

La première proposition ainsi amendée fut acceptée avec une majorité de dix-sept contre quatre voix.

La seconde fut acclamée par l'unanimité des voix.

Le 17 avril 1890, invité à lire à Harlem devant la société „Oefening in Wetenschappen", il choisit pour thème: Les phénomènes spirites.

Il défend l'authenticité de ces phénomènes et prédit aux personnes ennemies du spiritisme et considérant ces doctrines comme une aberration dangereuse, qu'elles ne parviendront jamais à faire accepter leurs idées si la négation et la raillerie restent les seules armes dont ils se servent.

Il n'y a, pour M. van Eeden, de plus grand ennemi pour l'avancement de la science que la négation *a priori* de choses inconnues ou étrangères et l'entêtement de ne pas vouloir les soumettre à un examen sérieux.

C'est faire preuve d'ignorance que de parler avec dédain du mysticisme. Peut-on trouver de par le monde quelque chose qui ne soit pas mystique? Une personne qui n'aurait jamais regardé le ciel et rirait des absurdes qui croient aux étoiles, peut seule nourrir de telles idées.

Tout est mystique du commencement à la fin, depuis les diatomées jusqu'à la voie lactée. La croissance de l'arbre, la vie de l'homme ne sont-elles pas mystiques? Peut on se figurer quelque chose de plus mystique (ici l'auteur cite Flammarion) p. e. que ce simple fait: une planche est composée de quelques milliards d'atomes, distanciés relativement comme le sont les étoiles, et agités d'un mouvement permanent, ce qui n'empêche pas que ces atomes qui ne se touchent pas et ne reposent sur rien, puissent porter un homme.

Une chose n'est pas plus mystique qu'une autre. Nous connaissons les choses à fond ou nous les connaissons peu, — mais la nature des choses n'en change pas pour cela. Et les choses connues par nous sont infiniment moins nombreuses que celles que nous ne connaissons pas.

Au mois de novembre 1890, il fit de nouveau une communication

à la séance d'hiver de la société de psychiatrie. Cette fois il prend pour thème: „Les obsessions". Il s'efforce d'arriver à une nomenclature systématique en essayant de grouper les différents états psychopathiques compris sous le nom d'obsessions.

Il distingue:

1. Les conceptions obsédantes; ici l'obsession est consécutive à une conception précise et détaillée d'un acte quelconque, acquérant une force impulsive.

2. Les émotions obsédantes, surtout l'angoisse, dans lesquelles une émotion momentanée, une impression — que pourrait ressentir aussi bien une personne normale, mais qu'elle réprimerait aussitôt, — domine la volonté et la raison. Le point essentiel caractérisant cet état, c'est que les malades ne savent pas dire de quoi ils ont peur, ou bien s'ils allèguent une raison, c'en est une de circonstance. Ainsi par exemple, une personne qui a peur de se rendre seule dans la rue, expliquera sa conduite en donnant comme prétexte la crainte de se trouver mal quoiqu'elle n'ait jamais présenté de crise quelconque, alors qu'un épileptique craint rarement un accès de son mal ou n'éprouve cette crainte qu'incidemment.

3. Les impulsions obsédantes, la tendance irrésistible à commettre des actes bizarres ou malséants. Ces déviations psychiques côtoient de très près l'état sain, et le côté pathologique réside moins dans l'impulsion spontanée que dans le trop peu de résistance que lui oppose l'organe psychique, de sorte que l'impulsion acquiert de l'autorité et devient obsédante. Toute personne, parfaitement saine d'esprit, a senti parfais naître dans son esprit, l'envie — aussitôt réprimée — de dire un mot indu ou non motivé, alors qu'elle se trouvât en grande société ou dans un lieu public. L'homme mal équilibré ou d'intelligence affaiblie n'a pas le pouvoir de résister à cette envie. Aussi ces psychoses ne sont elles pas idéopathiques, dans le sens vrai du mot. Elles sont le plus souvent symptomatiques et causées par un affaiblissement du cerveau ou du système nerveux en général. C'est pourquoi l'on observe souvent les émotions obsédantes (angoisse et timidité) chez les névrasthéniques ou chez les personnes affaiblies par l'onanisme ou par d'autres excès sexuels. Les impulsions obsédantes se rencontrent plutôt chez les dégénérés.

L'auteur n'admet pas de limites sérieuses entre ces différentes formes. La conception se transmet en impulsion, celle-ci se fait conception et l'une et l'autre se transforment en émotion.

4. Les idées obsédantes, proprement dites, les obsessions intellectuelles des auteurs français, la Grübelsucht de Berger et de Griesinger. Le malade ne peut se soustraire à l'obsession de devoir penser constamment à un certain sujet, à une certaine question, souvent du reste sans importance aucune. Ici, il ne s'agit ni d'une perception, ni d'une émotion, ni d'une impulsion à commettre un acte; il n'y a qu'une idée isolée, un mot, une phrase poursuivant sans cesse le malade et occupant sans discontinuer sa faculté de penser.

L'auteur expose quelques cas d'obsessions traités par lui. Il conclut que le traitement psychique, même dans les formes graves du délire du toucher, fait beaucoup de bien. Les cas légers, de date récente sont guérissables. Dans les cas graves, invétérés, la suggestion est salutaire, on réussit à enlever les maux de tête, à produire du calme, à amoindrir sérieusement la force impulsive des obsessions. L'anomalie de l'état psychique, résidant moins dans les idées obsédantes que dans le défaut d'énergie et dans le manque de résistance psychique du malade, on se gardera bien de vouloir combattre les idées obsédantes en leur opposant par suggestion des idées contraires. Le malade s'en trouvera le mieux, si l'on se contente à lui faire des suggestions de repos, de calme, d'énergie et en ne s'acharnant pas à vouloir lui enlever par suggestion son idée obsédante.

Le 7 novembre 1893, le docteur van Eeden fit une lecture devant la société des naturalistes à Groningue et avait pris pour thème: *Le vitalisme* (paru en 1894 dans ses „Studies" 2e reeks.)

Il y défend le bon droit de la philosophie contre les sciences naturelles et démontre que celles-ci ne peuvent se passer de celles-là.

L'année suivante van Eeden se rendit à Londres et y exposa devant les membres du congrès de Psychologie (2 août 1894) „The theory of Psycho-therapeutics.[1] Je me permettrai de reproduire ici en résumé cet article et d'y ajouter mes commentaires.

L'auteur expose dans son article les vues théoriques auxquelles son expérience pratique de la psychothérapie l'a conduit. Il se restreint absolument à traiter de l'application méthodique de la suggestion comme moyen thérapeutique, telle que l'a enseignée Liébeault. Il insiste sur la différence absolue qui existe entre la thérapie de Liébeault à laquelle il prête le nom de psychothérapie et l'hypnotisme de

[1] Cet article a paru dans The Medical Magazine, Vol. I. No. 3. London, Southwood, Smith and Co.

Charcot étudié sur les hystériques, les expérimentations faites à la Salpétrière dans un but scientifique et enfin les séances publiques des Donato, Hansen et autres. Il est d'avis que les doctrines de Liébeault auraient été plus vite acceptées et appréciées tant par les médecins que par le public, si Bernheim qui a si puissamment contribué à la propagation des vues du maître eût eu l'idée de visiter la policlinique du Faubourg Saint-Pierre une dizaine d'années plutôt. Donc, avant que Charcot eut lançé l'hypnotisme dans le monde scientifique, avant que la science en eut reconnu l'intérêt capital et eut pris connaissance du caractère anormal et inquiétant de certains de ses phénomènes. La nouvelle méthode thérapeutique a été reçue avec méfiance et a rencontré de l'opposition de la part des médecins qui la considérèrent comme une nouveauté qu'on voulait exploiter à des fins charlatanesques.

L'auteur entend que l'on considère l'hypnotisme comme un chapitre de la psychologie qui n'a rien à voir avec la thérapie. Aussi il ne traitera pas de ce sujet dans ce travail. On peut donner le nom d'hypnose au sommeil provoqué dont on se sert en psychothérapie. Mais ce sommeil qui favorise le pouvoir de la suggestion et contribue dans une large mesure à la guérison ne doit jamais être autre chose qu'un sommeil normal provoqué par suggestion.

Il émet les propositions suivantes:

„By **psycho-therapy,** I understand every method of healing wich opposes disease by psychical means, or by the intervention of psychical functions.“

„By **suggestion** in its most general application, I understand every impulse given by one mind to another mind. Suggestion, therefore, is the principal psychical process by which a sufferer can be aided.“

„By **therapeutic hypnosis,** I understand a normal sleep brought about or induced by suggestion.“

„By **hypnotism,** I understand a quantity of abnormal conditions wich, when spontaneous, are pathological, and when artificial are experimental, but wich have nothing to do with therapeutics.“

Beaucoup d'auteurs donnent une définition différente de l'hypnose thérapeutique et lui prêtent un caractère anormal.

Van Eeden prétend qu'ils ont tort, que l'hypnose ne peut jamais porter ce caractère et que la suggestion du moment qu'elle produit des

phénomènes anormaux a quitté le domaine de la thérapie pure et se trouve sur celui de l'expérimentation.

[Je ne partage pas l'avis de mon confrère sur ce point. M'est avis qu'il ne faut pas prendre à la lettre cette sentence de l'auteur. Il veut dire notamment que nous devons tâcher de rester autant que possible en déça de la limite de l'état normal et que nous avons à nous abstenir de toute expérimentation simplement scientifique qui n'aurait pas en même temps un but thérapeutique. Il est du reste impossible de tracer une juste limite entre ce qui serait normal et ce qui ne l'est plus. L'exemple suivant servira à me faire mieux comprendre.

Mlle X. est élève du conservatoire de musique et prépare son dernier examen. Elle a fait d'excellentes études et possède une belle voix. Cependant dans les derniers temps elle est tellement nerveuse qu'elle se sent incapable de faire sortir une note devant ses professeurs, tandis que seule ou en présence de ses camarades elle possède sa voix complète et chante très-bien. La présence de ses maîtres ou d'un public lui donne une angoisse telle qu'elle cesse de penser, qu'elle ne peut répondre à la question la plus simple qu'on lui pose, qu'il lui est littéralement impossible de chanter. Prié, de lui donner mes soins, je l'endors et je lui donne l'affirmation que l'état d'angoisse ne se présentera plus et qu'elle pourra de nouveau librement se servir de sa voix partout et toujours. Cette affirmation fréquemment répétée ne conduisant pas au but je changeai de tactique. Je m'appliquai d'abord à endormir la malade plus profondément et je profitai ensuite — lorsque j'eus réussi à la mettre en somnambulisme — de ce nouvel état de conscience pour lui suggérer que j'étais son professeur, qu'elle se trouvait à la leçon, ne sentait pas la moindre angoisse et qu'elle allait chanter telle ou telle romance. Ce stratagème réussit. Ensuite je substituai, ma propre personne à celle que je représentai dans l'imagination de la malade et lui suggérai de chanter devant moi avec le même calme que tantôt devant son professeur. Tout ceci se réalisant, je finis par affirmer à la malade qu'elle chanterait cette même romance devant moi, après que je l'aurais éveillée.

La cure a été couronnée d'un succès complet.

Dans ce cas mon affirmation pendant le sommeil léger ne menant à rien, je profitai du somnambulisme provoqué c. à. d. d'un sommeil non normal pour éveiller des phénomènes également anormaux grâce auxquels je réussîs à guérir ma malade.]

Le sommeil provoqué dans lequel l'auteur plonge journellement un grand nombre de ses malades ne présente que deux phénomènes qu'on pourrait, dit-il, qualifier d'anormaux, phénomènes indispensables jugés du point de vue de la thérapie. Elles sont:

1. L'anèsthésie qui ne constitue pas un symptome constant et qu'on doit augmenter par la suggestion si l'on veut profiter du sommeil hypnotique pour faire une opération sans douleur.

Cependant ce symptôme se présente aussi dans le sommeil normal profond. Les membres d'une personne en profond sommeil peuvent subir une pression du corps telle qu'ils se paralysent par compression du nerf. Effet qui ne se produirait pas à l'état de veille sans éveiller de la douleur.

2. La possibilité de faire réagir le dormeur aux impressions du dehors sans l'éveiller. Dans le sommeil normal cette faculté se présente du reste souvent. L'auteur cite entre autres l'exemple de la mère dormante qui s'éveille aussitôt que son enfant réclame ses soins, etc.

[Pour juger du caractère, des différences et des analogies du sommeil normal et hypnotique, il faut tenir compte d'un grand nombre de facteurs qui entrent en jeu. Toute personne qui a acquis quelque expérience de la thérapie suggestive comprend que l'individualité du sujet, celle de l'hypnotiseur, le milieu dans lequel on opère et un tas de circonstances secondaires exercent leur influence sur le syndrôme sommeil hypnotique qui va se présenter. Ce sommeil peut présenter tous les symptômes d'un sommeil normal ordinaire, mais il peut aussi se caractériser par des phénomènes propres aux états de sommeil les plus anormaux: par la catalepsie, la léthargie, le somnambulisme, l'accès hystérique.

L'intention de l'auteur est de dire que le sommeil, qu'il sait et s'applique à provoquer chez ses malades, présente presque sans exceptions les signes du sommeil normal dans ses diverses modalités partant de l'état de somnolence et allant jusqu'au sommeil profond. Comme lui j'arrive à ce même résultat et j'ajoute que la suggestion bien maniée nous permet, à de rares exceptions près, à éliminer ou à neutraliser toujours les phénomènes anormaux qui tendraient à se présenter dans le sommeil hypnotique que nous provoquons chez nos malades.

Je suis aussi d'avis que le sommeil obtenu par suggestion est si bien apparenté au sommeil normal, que la différence entre ces deux états réside moins dans les symptômes qu'ils présentent que dans leur mode de naître.

La facilité avec laquelle le sommeil hypnotique se transforme en sommeil normal et celui-ci réciproquement en sommeil hypnotique nous prouve à l'évidence la vérité de cette thèse.

Avec un peu de tact on arrive très-bien à se mettre en rapport avec un dormeur profond quand celui-ci p. e. rêve à haute voix. On a transformé ainsi le somnambulisme normal en somnambulisme hypno-

tique. Une mère suffisamment éduquée à ce sujet peut tirer parti de cet état de choses, pour donner à son enfant pendant son sommeil des suggestions utiles.

Il est aisé pour l'hypnotiseur de changer en sommeil hypnotique, l'état d'une personne qu'il trouverait endormie de son propre compte et qu'il aurait hypnotisée autrefois.

Je trouvai ainsi, il y a quelque temps, pendant une chaude après-midi du mois d'août, un homme d'une cinquantaine d'années dormant paisiblement sur une chaise ordinaire dans ma salle d'attente. Les jours précédents je l'avais hypnotisé trois fois pour une névralgie. Le malade alors avait dormi profondément. Attendant son tour, fatigué de sa course et accablé par la chaleur, il s'était endormi spontanément. La respiration était calme, de temps en temps accompagnée d'un léger ronflement. Avec prudence j'élevai un de ses bras qui tomba sur sa jambe aussitôt que je l'eus lâché. Je posai alors ma main droite sur son front et lui dis:

„Continuez à dormir, vous êtes fatigué, le sommeil vous fait du bien, dormez!“ Le malade continua à dormir mais cessa de ronfler, la respiration restait aussi calme et régulière qu'avant, rien ne pût me faire soupçonner qu'il m'entendait parler. Je lui fis quelques passes le long des membres en parlant doucement et lui assurant que le bras se raidissait. En effet le membre se cataleptisait. Alors j'insinuai:

„Vous avez besoin de dormir, mais cette chaise est incommode, nous allons vous en trouver une autre, suivez-moi.“ Sur quoi le malade se lève et conduit par moi va s'installer dans un fauteuil à quelques pas de là où il continue son somme. Je lui donnai alors sa suggestion thérapeutique et ne le réveillai qu'une demi-heure après. Amnésie complète. Le malade fut tout étonné de se trouver installé chez moi et d'avoir fini sa séance.

Autre exemple. Je me trouvai un jour avec deux amis Y et Z dans un coupé de chemin de fer. Nous avions un petit voyage à faire, d'environ, trois quarts d'heure pour arriver à destination c. à. d. à la ville de B., la résidence de monsieur Y chez qui nous dinerions en famille.

Mon ami Y, que j'avais traité l'année précédente par la suggestion hypnotique et guéri d'un rhumatisme, occupait le coin à ma gauche et ne tarda pas à s'endormir.

N'ayant pas de lecture sur moi pour me faire passer le temps, l'idée me vint de faire une expérimentation sur le dormeur.

Je posai doucement ma main gauche sur le genou droit de mon ami et lui fis jusqu'à trois fois des passes de haut en bas le long de la jambe (la même qui avait été le siège de l'affection rhumatismale). Je m'assurai ensuite si j'étais en rapport avec le malade en lui levant l'avant-bras qui restait dans la position donnée, cataleptisé. Alors je lui suggérai qu'il ne se réveillerait qu'au moment que le train entrerait en gare de B., puis j'ajoutai une suggestion posthypnotique qui ne devait se réaliser qu'à la fin du diner que nous prendrions chez lui. Après cela je ne m'occupai plus de lui. Nous passâmes et stoppâmes en trois lieux différents, la machine siffla de temps en temps mais rien n'interrompît le sommeil du dormeur avant que la locomotive entra en sifflant en gare de B. Au moment même mon ami ouvrit les yeux et se réveilla. La suggestion post-hypnotique se réalisa parfaitement à la fin du diner et M. Y n'a pas eu la moindre idée d'avoir dormi hypnotiquement. Il affirma même ne pas avoir dormi durant le trajet; il aurait tout au plus sommeillé quelques instants.

Autre exemple. Un de mes fils âgé de dix ans n'ayant jamais été hypnotisé, rêva une nuit à haute voix. Couché dans une chambre proche de la sienne, je me levai et tâchai de saisir le sujet de son rêve. J'y arrivai sans peine et me mis en rapport avec lui. Je sus le calmer puis je lui suggérai de me demander le lendemain au premier déjeuner avant qu'il irait en classe, de lui faire réciter telle fable. La nuit se passa calmement, je ne l'entendis plus. Le lendemain au déjeuner il me pria de lui permettre de me réciter la fable indiquée. Amnésie absolue.

La transformation du sommeil hypnotique en sommeil ordinaire et réciproquement se présente chez la majorité de mes malades. Si je cesse de m'occuper d'un hypnotisé après lui avoir donné ma suggestion il continue à dormir et son sommeil hypnotique se change en sommeil ordinaire, il rêve de son propre compte etc. Si après quelque temps je m'occupe de nouveau de lui, il revient de suite ou quelques moments après à l'état d'hypnose, le rapport se rétablit, mes suggestions sont écoutées etc.

Il m'est arrivé quelquefois que j'oubliai d'éveiller un malade hypnotisé, jamais cet oubli n'a donné lieu à quelques conséquence fâcheuse. Le malade s'éveilla spontanément à un moment donné, soit que cet éveil fût causé par le silence plus absolu, soit par la sensation

de faim à l'heure du repas, soit par la conscience diffuse que ses occupations l'attendaient, soit qu'il fût tard, etc.

Il s'agit bonnement de traiter le malade avec la plus grande simplicité, de se restreindre aux suggestions thérapeutiques et d'éviter dès le début du traitement toute réprésentation qui puisse lui causer du malaise ou le rendre anxieux.]

"Whenever a patient speaks, writes, walks, and opens his eyes in sleep, I admit that his condition becomes abnormal, and I directly add that this state of things must carefully be avoided in therapeutical treatment. It is evident that in this manner the pathological condition of nocturnal somnambulism can be brought about, and in fact this has happened to me in the course of my practice, and contra-suggestion has not always been sufficiently efficacious to counteract these symptoms."

"Various pathological symptoms oblige us repeatedly, however, to induce the sleeper to act as if awake. Stutterers, for instance, must be led to speak correctly in sleep, for in sleep therapeutical suggestions are most vigorous, and therapeutical effect strongest; but we must always be careful to keep within the normal, and not bring about a state of somnambulism. The connection with the external world must be as restrained as possible so as not to create a really abnormal condition. Only when the patient developes in sleep an independent activity of being, when he acts as a self-conscious person, open to all external influences; when in sleep the disintegrated consciousness builds up a new and other state of consciousness, or of self-existence, we have that state which constitutes somnambulism; now, this belongs to pathology or to experiment, and must at every cost be avoided."

[Je ne partage pas l'aversion, du docteur v. Eeden pour l'état somnambulique et mon expérience m'a appris que le médecin suffisamment expérimenté, usant de tact n'a pas à craindre de causer du dommage au malade en provoquant chez lui un état de sommeil profond, le somnambulisme de Liébeault.

Je concède volontiers qu'il faut éviter, sauf dans certains cas, la

naissance d'un état somnambulique dans lequel le malade cesse d'être en rapport régulier avec l'hypnotiseur.

Du reste l'auteur admet que certains phénomènes pathologiques nous obligent à faire agir le malade dans son sommeil comme s'il était éveillé, ainsi de faire parler le bégue, de faire ouvrir les yeux à l'aveugle, de faire faire des mouvements au paralytique pendant l'hypnose parce que les suggestions agissent mieux et que l'effet thérapeutique obtenu est plus grand pendant le sommeil hypnotique. Or, en ce faisant il faut avouer qu'on dépasse déjà la limite de l'état normal et je pense qu'il n'y a aucun mal, au contraire qu'on fasse bien de plonger le malade dans un sommeil aussi profond que possible parce que cet état permet à l'hypnotiseur de concentrer d'autant mieux l'attention et les forces du malade sur la fonction malade qu'on tend à corriger.

S'il m'est possible de mettre mon malade en somnambulisme, je ne recule pas devant les vues théoriques de van Eeden mais je profite de cette disposition du malade et je n'ai eu qu'à m'en louer. On atteint plus vite le but visé chez le dormeur profond que chez le malade au sommeil léger.

Souvent je ne réussis pas à produire un état de sommeil profond et il faut bien que je me contente alors de donner mes suggestions à l'état de veille ou de sommeil léger. Je reconnais que maintes fois les résultats que j'obtiens sous ces conditions sont égaux à ceux obtenus chez les dormeurs profonds, mais le plus souvent la somme de temps nécessaire est plus considérable dans le premier que dans le second cas.

Exemples:

I.

Une femme de 41 ans, non mariée, réclame mes soins au commencement du mois de novembre pour une paraplégie hystérique. Je ne réussis pas d'abord à l'endormir, cependant elle paraît suggestible sous d'autres rapports puisque j'arrive à lui rendre son sommeil de la nuit et à lui donner de l'appétit. Après quelques jours de traitement la malade se trouve en état de faire quelques légers mouvements avec les pieds. Après un mois seulement de traitement journalier, je réussis à provoquer un sommeil léger avec impossibilité d'ouvrir les yeux et de la catalepsie suggestive des bras. J'ai continué le traitement par la suggestion pendant six mois consécutifs, traitement qui fut couronné d'un excellent succès c. à. d. de la restauration complète de l'usage libre des extrémités inférieures. Je n'ai pas pu parvenir à endormir la malade plus profondément et j'attribue à ce fait que le traitement a demandé un si grand laps de temps.

II.

Un négociant célibataire, homme de 30 ans environ, de souche nerveuse mais habituellement bien portant, d'une vie très-rêglée, doit faire chaque semaine pour affaires le voyage d'Amsterdam à Londres. Il y a trois semaines, la mort de son père qu'il affectionnait beaucoup lui a donné une secousse morale et depuis ce temps, il est affecté d'un vomissement alimentaire habituel. Il a de l'appétit, se met à table à l'heure accoutumée des repas mais à peine a-t-il fini de manger l'estomac rend son contenu sans que le malade n'éprouve du mal au cœur. C'est pour cette raison qu'il vient me voir.

Facilement hypnotisable il vient en somnambulisme profond dès la première séance. Je lui fis pendant ce sommeil l'affirmation de sa guérison, suggestion qui ne se réalisa pas. La réitération de la suggestion simple pendant une deuxième séance n'eût pas de résultat plus heureux. C'est pourquoi je changeai de tactique et, profitant de l'état somnambulique, à la troisième séance je suggérai au malade qu'il se trouvait au restaurant, qu'il avait envie de faire un bon diner et qu'il sentait parfaitement que cette fois ci il ne vomirait pas son repas. L'hallucination que je lui donnai réussit à merveille. Je lui fis servir un repas complet imaginaire, qu'il mangea de bon appétit et qui ne fut pas suivi de vomissement. Un quart d'heure après, avant de l'éveiller je donnai au malade la suggestion qu'en sortant de chez moi, il aurait faim et éprouverait le besoin d'entrer dans certain restaurant où il commanderait et mangerait avec bon appétit et sans conséquence fâcheuse le même diner qu'il venait d'avoir ici. Au réveil, amnésie complète et sensation de faim.

Le lendemain je revis le malade qui était radieux. Il me confia que chemin faisant en retournant hier après la séance, la faim l'avait poussé à entrer au restaurant. Il y avait eu un excellent diner et n'avait pas vomi. Ce matin il avait déjeuné sans vomir non plus.

La guérison ne s'est depuis pas démentie.

Le même malade me fit une nouvelle visite quelques jours plus tard. Il me confia être très-sujet au mal de mer et comme il reprenait ses affaires et devait faire le lendemain la traversée à Londres, il craignait fort que si le mal de mer se déclarait, cela pourrait donner lieu à une récidive. Il me pria de le débarrasser, si possible, de cette incommodité. J'étais persuadé qu'une simple affirmation à l'état de sommeil ne porterait pas d'effet. C'est pourquoi je me servis une fois de plus d'une hallucination suggérée. J'endormis le malade et le fis prendre place dans un rocking-chair que je mis en mouvement. Je lui suggérai qu'il se trouvait à bord du steamer, que la mer était houleuse mais qu'en dépit du mauvais temps il continuait à se bien porter, qu'il n'était pas malade du tout et ne le serait plus jamais dorénavant pendant la traversée. Après quelque temps je diminuai le bercement de la chaise et suggérai que la mer se calmait, enfin je laissai le malade tranquille pour l'éveiller quelques minutes plus tard.

A de grands intervalles j'ai revu ce monsieur qui m'assura que plus jamais il n'eut à payer son tribut à Neptune.

Il ressort du dernier exemple que l'hallucination suggérée peut agir avec succès comme moyen thérapeutique. Elle ne relève pas exclusivement de l'expérimentation et souvent son indication est formelle.]

L'auteur voit dans l'hypnotisme de la Salpétrière, l'ennemi principal de la psychothérapie. Il est d'avis qu'il est cause de la crainte, de la méfiance et des idées fausses qui règnent et ont cours à ce sujet chez les malades et chez les médecins. Souvent le malade disposé de se faire traiter par la psychothérapie est détourné de cette idée par son médecin. S'il s'obstine néanmoins à chercher sa guérison là, il arrive que la méfiance éveillée par le médecin constitue un obstacle absolu et empêche le succès. [Qu'il est des médecins portés contre la méthode suggestive ou plutôt contre l'hypnotisme et qui ne manquent pas une occasion de dissuader leurs malades de se faire traiter par l'hypnotisme, n'est que trop vrai. Il y en a qui ont même la fausse bonhomie de reconnaitre que l'hypnothérapie dans certains cas fait merveille, seulement elle ne vaut et ne peut rien dans le cas, dont le malade leur parle. Nous aimons à croire que le médecin n'agit ainsi que parce qu'il ne connait qu'insuffisamment les doctrines et le procédé de l'école de Liébeault. Du reste, dans ces derniers temps il faut le reconnaître plusieurs médecins se font un devoir d'appliquer l'hypnothérapie et la suggestion dans leur pratique ou bien de recommander l'hypnotisme à l'occasion à leurs malades. Les étudiants et les médecins qui aiment à s'instruire dans cette branche de la thérapie trouveront une excellente occasion dans la policlinique du professeur Forel à Zürich qui donne un cours théorique et pratique d'hypnothérapie chaque année pendant le semestre d'été; à Paris ils peuvent s'initier de même à l'institut psycho-physiologique de docteur E. Bérillon et à Nancy sous les auspices du professeur Bernheim. Les temps approchent que l'enseignement de la psychothérapie et spécialement de la méthode suggestive de Liébeault trouvera sa place marquée dans les principales universités de tous les pays. En Allemagne le mouvement en faveur de cette méthode se fait jour de plus en plus et cette influence se fait parfaitement sentir en Hollande.]

Le docteur van Eeden condamne les expérimentations hypnotiques fréquemment répétées. Il convient que le danger pour le sujet est minime si les expérimentations sont conduites par des personnes compétentes. Sa condamnation est basée avant tout sur ses vues théoriques parce que ces expérimentations impliquent une augmentation de la suggestibilité qu'il veut éviter autant que possible. L'auteur craint que la désagrégation répétée de l'esprit pourrait conduire à un état de désagrégation permanente.

"With a little training it is possible to split the

psychical consciousness of a human being, making two distinct personalities. This may appear on the surface harmless, but is in reality an abnormality that should never be brought about, except according to the express desire of the subject.

"I have myself in the beginning of my practice made some such experiments with no hurtful result worth mentioning, but I soon noticed, that in the beginning of the training unfavorable disturbances took place. I had a little girl of ten years of age under treatment, with whom I began the interesting experiment of teaching her the French language during the hypnosis, of which she was ignorant when awake.

"On a certain day I transferred this acquisition of French from her sleeping to her waking consciousness; she began all at once to her own amazement to speak and understand a little French. But I noticed that every time that I had tought her during the hypnosis she was more fatigued than otherwise, and showed symptoms of congestion; a heightened colour, etc. This was to me a clear indication to discontinue the experiment. It is possible to accustom a person to these experiments, but I do not consider them to be desirable, for we must not forget that one of the principal signs of hysteria is psychical ataxia. It is true, that by strictly therapeutical suggestion, hysteria will not be produced, but if frequently repeated experimentation may not do it, I should not dare to say. My invariable principle therefore is, never without special request on the part of the patient to make an experiment; never to suggest anything whose execution may come into conflict with the normal condition of the organism.

"Above all, I hold as a therapeutic principle that it is necessary to use the susceptibility for suggestion wich is at hand, but to heighten this susceptiveness as little as possible."

[Mon opinion est qu'il faut s'abstenir de faire des expérimentations hypnotiques simplement pour la galerie, mais qu'elles sont autorisées et même nécessaires souvent soit pour le malade même, soit pour faire

impression sur l'imagination d'autres malades. Ainsi on évitera la répétition trop fréquente d'expérimentations sur un même sujet et on ne les fera que dans un but thérapeutique. Jamais encore il ne m'est arrivé d'avoir éveillé des symptomes hystériques jusque là latentes par des expérimentations répétées et je suis assuré que cela ne m'arrivera jamais. Tout se réduit à faire un choix judicieux du sujet qu'on fait servir aux expérimentations. L'opérateur doit bien connaître cette personne et savoir la conduire et la manier avec tact. Pour cela il est nécessaire non d'augmenter la suggestibilité générale du sujet mais d'agrandir sa suggestibilité relative c. à. d. celle qui a rapport à l'assujetation aussi complète que possible à l'autorité de l'hypnotiseur. Les suggestions de celui-ci se réaliseront d'autant mieux du moment que la foi du sujet dans son autorité est plus grande.

Exemple. Une jeune homme de dix-sept ans avait été traité par moi pendant six semaines pour des habitudes de masturbation. J'avais réuissi à le guérir par moralisation et en agissant sur son bon-sens et sur ses sentiments d'honneur. Je lui avais parlé sur un ton paternel à l'état de veille et à l'état d'hypnose superficielle.

Quelques mois plus tard j'entendis dire par un sien cousin qui se faisait soigner chez moi, que le jeune homme était retombé dans son vice et qu'il s'adonnait de plus belle à l'onanie. Il évitait de venir me voir, d'abord parcequ'il était honteux de reconnaître sa défaite mais encore parcequ'il doutait de ma puissance et de celle de l'hypnotisme pour le guérir. Il n'avait jamais, disait-il, été influencé, il n'avait pas dormi hypnotiquement, ainsi cela ne prenait pas sur lui.

Comme je portais de l'intérêt au garçon et que je le savais parfaitement hypnotisable, je le fis prier de reprendre les séances. A quelque temps de là il répondit à mon appel et accompagna son parent chez moi. Alors je lui donnai le spectacle de quelques expérimentations que je fis sur des dormeurs profonds et sur des personnes très-suggestibles à l'état de veille. Je réussis ainsi à frapper son imagination et je profitai alors de cette occasion pour l'endormir profondément. Il vint en somnambulisme profond et sans la moindre difficulté je répétai sur lui les expérimentations qu'il m'avait vu faire sur d'autres sujets. Dès ce moment, mon influence sur ce malade était pour ainsi dire illimitée et j'en fis usage pour le corriger de sa paresse, pour lui imprimer des idées d'ordre, d'amour pour le travail et enfin une aversion absolue pour la masturbation.

A de grands intervalles j'ai revu ce jeune homme et j'ai pu m'assurer que cette fois-ci la guérison était sérieuse et persistante.]

Van Eeden émet l'avis qu'il ne faut jamais donner une suggestion dont l'effet serait contraire au cours normal du corps. Je ne suis pas complètement de cet avis parce qu'il y a des suggestions de cet ordre qui peuvent être nécessaires et propices à la guérison. Telles sont par exemple, celles qui président au dédoublement de la conscience, et à la production du sommeil prolongé. Les exemples suivants serviront à prouver mes vues sous ce rapport.

I.

Il y a bientôt neuf ans que Mlle W.. grande hystérique vint me consulter pour la première fois et que j'eus la satisfaction de la guérir d'une affection morbide d'ordre fonctionel très-tenace. Ma cure avait demandé quelques mois. Je n'arrivai au début du traitement qu'à obtenir une hypnose superficielle et mes suggestions ne finirent à avoir raison des symptômes que du moment que la malade vint en somnambulisme profond, ce qui n'eut lieu que dans le 5me mois du traitement. Après sa guérison, Mlle W. est venu me voir de temps en temps pour se faire traiter pour quelque dérangement fonctionel.

Cette intéressante malade est très-liée avec une dame de ses amies, spirite fervente et parait douée de qualités médiumniques. Elle voit son double, entend frapper, prédit certains événements, retrouve des objets égarés etc. D'après mes conseils elle ne fréquente pas de séances spirites et s'abstient absolument de développer ses qualités de médium.

Mlle W. est auto-suggestible au plus haut degré, sa docilité à obéir à mes suggestions et à les réaliser laisse tantôt beaucoup à désirer et est d'autres fois extrême. J'ai su tirer parti des dispositions particulières que présente cette malade pour lui épargner pendant une série d'années beaucoup de souffrances et pour tenir en équilibre son système nerveux. Souvent je fais usage des indications se rapportant à son traitement qu'elle me donne à l'état de somnambulisme profond et qui émaneraient de son double qu'elle prétend voir et qui lui parlerait dans cet état.

Il y a deux ans, elle fut prise de crises d'angine de poitrine, qui restèrent réfractaires à mes suggestions. Elle venait de soigner en qualité de garde-malade, une autre de mes patientes à qui j'avais fait faire une cure de sommeil prolongé, traitement qui avait duré cinq semaines et qui avait été couronné d'un excellent succès.

Mise en sommeil profond, la malade apprit de son double qu'elle ne guérirait de ses accès d'angine que par une cure de sommeil prolongé dont la durée ne pouvait pas encore être fixée pour le moment. Je suivis l'indication reçue, j'endormis à date indiquée la malade dans ma clinique à l'heure de sa séance accoutumée et je ne la réveillai suivant son indication ultérieure que trois mois et deux semaines après. Pendant tout ce temps elle vivait sa vie accoutumée, prenait régulièrement ses repas, vaquait à ses occupations journalières, dormait la nuit, s'éveillait le matin, venait tous les matins à mes séances, etc., seulement elle se trouvait dans un état de conscience différent, en condition seconde. Au temps

désigné la guérison était obtenue et ne s'est depuis pas démentie. Durant cette période de somnambulisme, les parents de la malade reçurent la communication du décès d'un de leur fils résidant aux Indes Orientales, d'un frère que la malade aimait beaucoup. J'appris à Mlle W. cette nouvelle avec tous les ménagements possibles. Son affliction était grande mais n'eut aucune influence délétère et le sommeil n'en fut pas interrompu. Sur son indication je lui suggérai, qu'une fois éveillée du sommeil prolongé elle se rappellerait avoir reçu de moi la communication de cette perte et n'en éprouverait pas de choc. En effet, à son réveil l'amnésie était complète excepté sous le rapport de cette nouvelle.

II.

Le 5 Mai 1896, Mlle X. X. se présente à ma consultation munie d'une lettre de son médecin dans laquelle cului-ci résume l'observation de la malade me priant de lui donner mes soins.

Issue de mère nerveuse et d'un père adonné aux boissons alcooliques, déjà très-jeune la malade a présentée des symptomes hystériques. D'une famille d'artistes, elle s'est vouée jeune au théatre et jeune aussi elle a eu une liaison. Grosse de trois mois, à l'âge de dix-huit ans, elle s'adressa à une sage-femme qui la fit avorter. Sept. 1891. Elle reprit sa vie de théatre, quoique souffrant beaucoup depuis lors de pertes mensuelles qui se prolongeaient de plus en plus et d'ovarialgie. Pendant trois ans elle se passa de médecin et ce ne fut qu'en sept. 1894 qu'elle se fit régulièrement soigner par un médecin gynécologue. Au mois d'avril 1895 elle subit l'opération du râclage; les pertes étant devenues continuelles. Pendant un mois l'hémorrhagie s'arrête pour revenir de plus belle. Au mois de mars 1896 une consultation eut lieu avec un professeur de gynécologie qui constata l'absence d'affection organique et renvoya la malade à son médecin. Celui-ci en désespoir de cause la dirigea sur moi le 5 mai dernier.

Etat présent. La malade très-débile, anémique me fait en pleurant, courbée et appuyant avec force sa main sur la partie gauche du bas-ventre, un récit assez décousu des antécédents et de ses souffrances actuelles. Elle a le dégoût des aliments, se nourrit très-mal, elle souffre trop pour manger. De temps en temps, dans les moments de répit elle prend quelque chose qui lui vient sous la main. Elle dort mal et le sommeil ne repose pas, elle a des rêves terrifiants, est très-irritable et sujette à des crises hystériques fréquentes, elle a des pertes de sang presque continuelles. En effet les époques se prolongent tellement que leur périodicité se perd. Rarement il se passe trois ou quatre jours qu'elle ne perd pas de sang et ce n'est guère qu'à l'aggravation des douleurs et à l'augmentation des pertes qu'elle reconnait le nouveau flux menstruel.

A l'exploration je ne puis constater qu'une augmentation des douleurs pendant la palpation de l'ovaire gauche. L'examen me permet de conclure à l'absence de lésions organiques et de zones hystérogènes.

Mlle X. X. est facilement hypnotisable. Elle vient du premier coup en sommeil profond avec amnésie au réveil. Cependant le sommeil n'est pas calme et porte plutôt un cachet hystérique. Je traitai la malade pendant trois mois par la suggestion hypnotique, lui donnant chaque jour une séance d'abord d'une heure pour la prolonger de petit à petit jusqu'à une durée de quatre heures. Les résultats que j'obtins furent satisfaisants sous le rapport des pertes, attendu que la ménorrhagie

s'arrêta dès les premiers jours du traitement et que la période ne s'institua qu'à une date et heure fixée et calculée par moi d'avance et cessa de même. Quant aux autres symptomes, l'insomnie, l'inappétence, les douleurs, ils restèrent réfractaires à mes suggestions. Cependant j'avais réussi à lui faire observer un régime alimentaire prescrit, dont le minimum porta de boire 1½ litres de lait et de manger deux oeufs par jour. Si elle dormait peu ou mal la nuit, elle faisait chaque jour un somme de quatre heures chez moi.

Pendant le mois d'août la malade rentra chez elle et reprit le traitement après cette vacance. Le 18 août la période s'était instituée et avait durée cinq jours. Toujours l'ovarialgie, l'inappétence, l'insomnie continuèrent à tourmenter la malade. Je lui fis alors la proposition de la soumettre à un sommeil prolongé de quelques semaines. Proposition d'abord réjetée, la malade ayant la conviction immuable que ses douleurs lui resteraient toute la vie. Je lui fis observer que pendant chaque séance que je lui donnai les douleurs cessèrent. Elle me répondit qu'elle voulut bien me croire mais qu'elle n'en avait nulle souvenance à son réveil et qu'une fois réveillée elle souffrait toujours plus au moins. Mlle X. X. est une tête obstinée, difficile à persuader et difficile à gouverner. C'est avec beaucoup de peine que je lui arrache, quand elle se trouve en sommeil hypnotique, un signe d'assentiment ou de négation. Quoique le rapport ne se perd jamais entre nous je ne parviens pas à la faire parler, à obtenir d'elle une réponse sur la moindre question que je lui pose. C'est une nature fermée, jamais soumise, un esprit borné, désobéissant, n'écoutant que ses idées à elle. Avec beaucoup de peine j'obtiens enfin de la malade d'accepter ma proposition, encore n'accepte-t-elle que par crainte d'indisposer sérieusement son protecteur; elle accepte avec cette restriction que si après une semaine de sommeil les douleurs n'auraient pas notablement diminuées, elle serait libre de cesser le traitement.

Un apartement convenable fut loué par moi dans le voisinage immédiat de ma clinique et je m'assurai de l'assistance d'une garde-malade excellente et accoutumée à soigner des malades nerveux. L'infirmière, femme d'esprit et de coeur, saisissait avec empressement l'occasion de faire connaissance avec l'hypnothérapie. Elle avait souvent soigné des malades nerveux faisant une cure de Mitchel-Playfair mais ne connaissait pas la valeur du sommeil hypnotique prolongé, systématiquement appliqué chez ces malades.

Le dimanche 6 sept. l'installation eut lieu. La malade se mit au lit et je l'endormis à une heure de l'après-midi. J'avais convenu avec elle que je l'éveillerais quatre fois par jour à des heures fixes, qu'elle prendrait alors ses repas et aurait le temps nécessaire pour les besoins de sa toilette. J'avais promis en outre de ne pas la forcer de se nourrir excessivement; que je me contenterais d'un certain minimum de nourriture (1½ litre de lait et deux oeufs). Elle craignait avant tout de se voir réduite à un certain esclavage pendant l'état de sommeil. Cette idée prédominante la retint apparemment à entrer en rapport avec la soeur, quoique je lui suggérai chaque jour qu'elle pouvait parfaitement entendre ce que celle-ci lui disait et qu'elle était en état de lui répondre; cette idée encore fut cause que la malade refusa avec obstination de répondre à quelque question que je lui adressai pendant le sommeil, à moins que je n'y mis une insistance toute particulière. Jamais elle n'a voulu manger ni boire pendant le sommeil, quoique je lui assurai tant à l'état de veille qu'à l'état d'hypnose que cela était chose facile.

Une fois elle a fait une exception à cette règle. Dans la soirée du septième jour, la garde voyant la malade de temps en temps changer de position et remarquant à ses traits qu'elle souffrait, elle l'interrogea. D'abord elle ne reçut pas de réponse mais en insistant la malade lui dit: „j'ai soif.“ — Aussitôt la soeur lui tendit un verre d'eau. „Voici de l'eau!“ — Cependant la malade détourna la tête et refusa de boire. Alors la soeur se rappelant que'elle avait le tic de ne jamais vouloir boire de l'eau, repartit: „je vais vous donner un verre de lait!“ Sur quoi elle vida d'un trait le verre et retrouva son calme.

Dès le cinquième jour, les douleurs névralgiques se dissipèrent complètement et depuis ce temps la malade prit régulièrement ses repas. Le 15 sept., donc le neuvième jour du traitement la période s'est montrée, elle a durée jusqu'au dix-huit. Elle fut accompagnée de légères douleurs et caractérisée par des pertes de sang peu considérables. Le sommeil avait dès le cinquième jour complètement perdu son cachet hystérique. La malade s'éveillait et s'endormait régulièrement sans difficulté et elle offrait dans son sommeil l'image du repos absolu. Le plus souvent je la trouvais couchée dans des poses académiques infiniment variées et des plus gracieuses. La garde-malade ne me cacha pas que son office était des plus légers et en rien comparable avec les fatigues imposées à l'infirmière appelée à soigner une malade qui fait la cure de Mitchell-Playfair. Elle s'extasiait surtout de ce sommeil calme, de ce repos admirable, de la facilité avec laquelle elle voyait la suggestion rétablir l'ordre dans les fonctions troublées.

Le quinzième jour la malade se trouva si bien, qu'elle me pria de la laisser retourner chez elle, se sentant parfaitement guérie. Je m'opposai formellement à ce désir et tachai de lui persuader à continuer le traitement jusqu'après la prochaine période menstruelle, lui faisant entendre qu'alors seulement j'aurais la certitude de la guérison sérieuse et durable. Quoique je fusse appuyé dans cette exigence par le protecteur de la malade et par son médecin, je ne pus obtenir d'elle que l'assentiment de rester encore une semaine endormie. Je me suis abstenu absolument d'intimider la malade pendant son sommeil, de lui prédire que la cure serait manquée si elle ne se pliait à ma volonté; au contraire je lui ai suggéré qu'il était plus que probable que tout continuerait à aller bien, même si elle exécutait son projet de ne pas mener sa cure à fin. Pendant l'état de veille j'ai usé de toute mon autorité pour fléchir l'obstination de la malade sans du reste me fâcher le moins du monde, mais aussi sans ramener la patiente à mes ordres d'idées.

Le dimanche 27 sept. à midi et demi j'ai réveillé Mlle X. X. selon son désir. A ce moment elle était radieuse de santé, très-contente de la cure qu'elle avait faite. Il ne lui restait qu'une légère sensation douloureuse à la pression dans le côté gauche du bassin. Dans le cours de la semaine la malade s'est présentée encore trois fois chez moi et tout marchant à souhait elle retourna chez elle dans les premiers jours d'octobre.

Van Eeden appelle l'attention sur ce fait que la thérapie suggestive telle qu'elle est pratiquée dans la policlinique de Liébeault et dans le service de Bernheim, notamment la suggestion autoritaire qui réussit si bien quand on a à traiter des enfants, des gens du peuple, des individus très-dociles, n'est pas applicable chez les gens d'éducation.

Ceux-ci ne veulent pas être commandés, ils se sentent blessés par des suggestions autoritaires. Pour les impressionner, il faut leur exposer clairement la chose. C'est dans la classe civilisée qu'on rencontre le plus grand contingent de névrosés, de névrasthéniques, d'hypocondriaques et la psychothérapie constitue pour eux le seul traitement rationel. Or ce traitement ne jouit pas dans cette classe de malades de la considération qu'elle mérite, parce que ces gens ne se font pas une idée de la chose, qu'ils ne s'y fient pas, qu'ils la considèrent comme une imposition de la volonté du médecin et parcequ'ils y voient une atteinte à leur indépendance.

"Therefore, as a theoretical principle, as an ideal, must the exercice of authority and domination be banished from psycho-therapy.

We must learn to suggest without airs of authority, and to cure without heightening suggestibility; for, as I have already said, receptivity for suggestion reposes up disagregation, upon psychical ataxia, upon a loosening of the psychical band.

Permanently heightened suggestibility means therefore, a diminution of psychical cohesion and consequently a weaking of power of resistance."

Les gens sans éducation et ceux d'une intelligence supérieure recueillirent en général le meilleur succès du traitement, poursuit l'auteur. Les premiers se fient au savoir du médecin et cette confiance rend l'autorité superflue, les derniers se laissent gagner quand on leur explique ce qu'ils doivent entendre par suggestion, par idéoplastie. On peut suggérer les uns et les autres sans devenir autoritaire, sans augmenter leur suggestibilité. Dans la pratique, l'auteur le reconnaît, il se présente cependant des difficultés sérieuses.

„But the majority is ***half cultivated;*** the very intelligent are limited in number, **"few and far between"**, and wise only in their own conceit, incapable of submission to your intelligence, and not possessing sufficient intelligence of their own to follow you; they are powerless to understand you, and will not accept your aid without understanding.

This class is the most troublesome and intractable, here you must not only cure but instruct, you must make the matter comprehensible, and present it with such

perspicacity as to make it acceptable. At the same time you must be careful not to impair a legitimate feeling of independance, while you are forced to make use of your own intellectual superiority.

But, nevertheless the ideal remains to keep intact personal liberty; not to command but to lead, not to disaggregate but to centralize; to increase force of will and power of resistance."

[La théorie et la pratique sont deux choses différentes; elles ne s'entendent pas toujours. C'est ce qui se présente ici, comme l'admet du reste l'auteur. Le médecin ne peut pas absolument se passer, d'exercer et d'avoir de l'autorité sur son malade. Cela ne veut pas dire qu'il doive lui imposer sa volonté de gré ou de force! Le malade doit avoir une foi aussi grande que possible dans le savoir du médecin qu'il se choisit et mettre une confiance absolue en les moyens employés par celui-ci pour le guérir. Si cette foi et cette confiance font défaut le traitement psychique est tout bonnement impossible. Ainsi, avant tout, le médecin devra-t-il s'appliquer à gagner cette confiance et à s'en montrer digne par un dévouement infatigable. Sous ces conditions la guérison de troubles fonctionels n'est plus qu'une question de temps. Je partage l'avis de van Eeden au sujet des plus grandes chances de succès que présente le traitement des classes très-intelligentes et des gens peu instruits.

Ce qui revient à dire qu'en général la tâche du médecin n'est pas facile, la grande majorité des malades qui se présentent n'appartenant ni à l'une, ni à l'autre de ces deux catégories. Et en effet le succès du traitement psychique dépend surtout du tact, du savoir-faire déployés par le médecin et par sa connaissance de l'homme et de la vie en général.

Il n'y a pas de meilleure école pour le médecin qui se prépare pour cette branche de la thérapie, que celle de la pratique médicale, dans sa totalité. Dans l'exercice de la pratique de la médecine ordinaire, il apprend à connaître la société et les hommes sous tous les rapports. L'expérience qu'il acquiert des hommes et de la variabilité excessive avec laquelle ils réagissent sur les différentes médications lui font connaître le rôle immense joué par la suggestion dans chaque thérapie et elle lui fait comprendre que la guérison d'un malade est plutôt l'oeuvre du médecin qui prescrit et applique le remède que l'effet du médicamen ou de la médication suivie. Aussi tel médecin appliquera-t-il ave

succès et des meilleurs la thérapie psychique, quand tel autre n'obtiendra rien, quoique se servant des mêmes moyens. L'application systématique de la psychothérapie et spécialement de l'hypnothérapie suggestive restera forcément réservée aux seuls médecins qui, en s'y vouant presque exclusivement, possédent ou acquièrent les qualités nécessaires exigées et qui en même temps peuvent disposer du temps nécessaire. Je ne dis pas que tout médecin praticien qui possède la confiance de ses malades ne saura se servir de la thérapie suggestive par ci, par là, dans des cas particulièrement propres à être traités par elle. Cependant je crois qu'en général, le traitement psychique des cas graves et chroniques tributables de cette thérapie, incombera forcément au spécialiste.

D'après mon expérience on gagne le mieux la confiance du malade et partant on acquiert mieux de l'autorité sur lui en lui montrant de la sympathie, en lui faisant sentir qu'on comprend combien il souffre, en écoutant avec patience ses doléances et en lui assurant — après avoir appris par un examen minutieux que la maladie est curable — de la guérison ou de l'amélioration de ses souffrances, tout en lui expliquant son cas dans la mesure du possible et selon son aptitude à suivre notre raisonnement, en lui remontant ainsi le moral et lui relevant le courage. La plupart de nos malades, presque tous ceux qui réclament un traitement hypno-suggestif sont des malades chroniques ayant essayé de toutes les médications et venant à nous en dernier ressort. Les symptomes que présentent beaucoup d'entre eux sont d'ordre auto-suggestif. Le plus souvent ils sont d'une grande incrédulité pour tout ce qui touche la médecine et les médecins, conséquence fatale des désillusions répétées que leur ont procuré les insuccès des différentes méthodes et thérapies auxquelles ils ont eu recours. Aussi se comprend-il que la psychothérapie n'aura guère plus de chances de succès que les médications précédentes si l'on ne s'assure de l'aide puissant du sommeil provoqué, donc si l'on ne se resout pas à augmenter la suggestibilité du malade. Toujours, et sous ce rapport je diffère absolument en opinion avec van Eeden, je m'applique à provoquer un état de sommeil aussi profond que possible et je suis d'avis qu'en ce faisant j'agis, au plus grand avantage du malade, sans porter atteinte à sa liberté individuelle. Je lui rends un service en le débarrassant grâce à mes suggestions de pensées morbides, de sensations abnormales, de mauvaises habitudes, de douleurs etc. et mes suggestions agissent avec plus d'énergie et plus vite si je les fais

à l'état d'hypnose profonde qu'à l'état de somnolence ou de veille. Il est toujours possible d'augmenter et d'améliorer la force de volonté et de résistance du malade par des suggestions appropriées et habilement dirigées. On peut mieux moraliser l'hypnotisé que l'homme éveillé et avec plus de chances de succès, parce que l'hypnotiseur sait neutraliser les douleurs et écarter les pensées nuisibles par des suggestions appropriées chez le dormeur profond. Il s'accapare ainsi complètement de l'attention du malade et la fixe ou dirige dans le sens voulu.

La désagrégation de l'esprit, l'ataxie psychique, l'éveil de phénomènes hystériques ne sont pas à craindre, si le médecin se borne aux suggestions thérapeutiques et s'abstient de faire des expérimentations non strictement nécessaires.]

Le deuxième principe de la psychothérapie, suivant van Eeden, est la centralisation des fonctions psychiques.

"The psyche is composed of an agglomeration of forces working together, as is the case with every organism. Now, order, equilibrium and homogeneity of government are indispensable for the vigor of power of resistance of any organism. It must therefore be evident that the seat of direction must lie in the soul's conscious states, and the executive authority in conscious volition."

L'auteur pour expliquer ce qu'il entend par centralisation des fonctions psychiques, choisit l'exemple d'une aphonie hystérique ou plutôt d'une aphonie nerveuse, fonctionelle. L'innervation des cordes vocales se trouve troublée par une cause morale; elle se rétablit parfois aussi par la même cause. Or, il existe différentes manières qui nous permettent de réparer pour un certain temps l'ordre troublé. Un verre de champagne, le courant faradique, l'application de points de feu, la suggestion hypnotique ou celle à l'état de veille donnée avec énergie, peuvent conduire à ce résultat. De tout ces moyens, le facteur actif est représenté par la suggestion. Maintenant il est notoire que l'efficacité de toutes ces suggestions se perd et qu'il faut toujours en savoir varier les procédés. Il faut recourir à l'application d'une lame magnétique de grande énergie ou bien faire l'éloge d'un nouveau médicament à effet merveilleux. On peut être inépuisable dans ses efforts à inventer de nouvelles formes pour habiller la suggestion mais à la fin toutes ces inventions perdront à leur tour leur efficacité. Il n'y a qu'un seul chemin qui conduise toujours et sans faillir au but.

C'est notamment de faire comprendre au malade que tous les moyens employés jusqu'ici n'agissent que de par son propre esprit et qu'ils peuvent tous être remplacés par sa propre volonté consciente. C'est de lui expliquer que ce ne sont ni l'électricité, ni le magnétisme, ni la volonté du médecin qui opèrent la guérison mais que celle-ci est l'oeuvre de sa volonté à lui. Il faut remettre dans les mains du malade même les différents fils, sur lesquels on a tiré jusqu'ici à son insu, et lui apprendre à les mouvoir de son propre compte. Un tel chemin n'expose pas aux mécomptes, ce médicament garde toujours son efficacité et le malade le porte toujours sur lui. La seule chose qui lui faut en dehors de cela, c'est de la patience et l'exercice assidus.

L'auteur rappelle que dans ces derniers temps ce mode de traitement est beaucoup usité dans l'aphonie fonctionelle et que beaucoup de médecins ennemis de la psychothérapie, en le suivant, ont ainsi appliqué la médication psychique simple et pure. Il est d'avis que le traitement mentionné de ce symptome hystérique peut servir comme principe fondamental de la cure de quantité d'autres lésions, de la pluplart des névroses, même de certaines maladies organiques. Des cas graves de névrasthénie et d'hypocondrie ayant résisté à d'autres traitements ont été guéris par l'auteur de cette manière, notamment en apprenant au malade à assujettir les symptômes morbides à sa volonté consciente. Une maladie chronique ainsi guérie présente le moins de chances de récidive. Le traitement psychique s'impose dans toute maladie, il est aussi nécessaire qu'une bonne nourriture, que la propreté et l'air frais.

[Le principe de la centralisation des fonctions psychiques, énoncé par van Eeden, comprend absolument ce que le professeur Rosenbach dans ses Grundlagen, Aufgaben und Grenze der Therapie[1]) a nommé thérapie éducative (Erziehende Therapie). Elle est basée sur l'analyse des phénomènes morbides, elle tient compte de l'individualité du malade et se propose de remettre l'innervation troublée par des conceptions inexactes et abusives sur la bonne voie. Elle arrive à ses fins par l'exercice systématique des muscles dont la fonction présente des anomalies, par le renforcement de la volonté et du pouvoir de résistance contre les influences délétères. L'application de ce traitement n'est possible que chez les malades doués d'une intelligence suffisante et jouissant d'un état d'esprit qui les met en état de comprendre le raisonnement du médecin et de suivre et d'exécuter

[1]) Wien 1891. Urban und Schwarzenberg.

l'exercice et le régime prescrits. Chez la majorité des malades qui viennent réclamer les soins de la psychothérapie, il est absolument impossible d'instituer, du moins dès le début de la cure, un traitement éducatif. Presque tous ont essayé des différentes thérapies, médicamenteuse, mécanique, electrique, balnéaire, ils ont fait une cure physiatrique dans quelque Naturheilanstalt et viennent en dernier ressort chez l'hypnotiseur. Leur foi dans la médecine et dans les médecins est presque nulle et il faut pour agir sur eux, savoir frapper leur imagination.

La thérapie suggestive favorisée par un sommeil provoqué aussi profond que possible est tout indiquée chez eux. La thérapie éducative pourra être substituée à elle plus tard, dans le cours du traitement et couronnera l'édifice de la guérison.]

Van Eeden ne croit pas que le principe de la centralisation des fonctions psychiques trouvera de l'opposition mais plutôt qu'on le considérera comme un idéalité et que très-peu de malades seront capables de profiter de cette médication idéale. Cette opinion ne peut être formée que par ceux qui ne comprennent pas la doctrine de la suggestion si clairement exposée par Bernheim.

"Suggestibility, as described by this autor (notamment, Bernheim), consists of two elements: First, Perceptiveness towards external influences, and, secondly, the ideoplastical power. These two must be clearly distinguished from each other, for they appear almost completely independent. Some patients are in the highest degree impressionable and docile, they accept every idea inforced upon them, and have entire confidence in you; but the influence of ideas upon the physiological functions is nevertheless very small. They do not realize suggestion, morbid symptoms disappear with difficulty, in short, ideoplastical power is insignificant.

"Others, on the contrary, accept a suggestion with difficulty, are sceptical and intractable, and, notwithstanding, can by psychical influences, for instance, by auto-suggestion, change physiological and pathological processes. Here the susceptivity is small but the ideoplastical power great."

L'idéoplastie, poursuit l'auteur forme la base de la psychothérapie et son pouvoir dépassant de beaucoup les limites qu'on lui avait supposé est plus grand que ne se le figurent la majorité des physiologues.

Les influences psychiques sont en état d'améliorer même des maladies organiques. Si l'on reconnaît d'une part le pouvoir de la force idéoplastique et d'autre part la nécessité de la centralisation des fonctions psychiques, il parait rationel — poursuit l'auteur — de s'efforcer à assujettir cette force à la volonté consciente du malade.

"I do not now say that this can happen already in all cases; more than any other, the psychical therapeutist must adapt his treatment to each special case, according to circumstances; but the direction of his effort must be thereto in every case. His principle must be not to heighten suggestibility, but to increase the ideo-plastical faculty, and to bring it under the influence of conscious will. The ideal is therefore: **Slight receptivity for external impulses, a centralisation as powerful, and an ideoplastical force as strong as possible.**

[Ce but idéal auquel vise van Eeden peut être plutôt atteint, d'après mon avis — et j'ose dire même ne peut dans la majorité des cas être atteint que — par un détour. C'est dire qu'il faut commencer le traitement par l'hypnothérapie suggestive et le clore par la thérapie éducative. Il faut dès le début s'appliquer à suggérer un sommeil aussi profond que possible, tirer parti de cet état de passivité relative pour augmenter la suggestibilité du sujet dans ce sens qu'elle le rende apte à réaliser les suggestions thérapeutiques qu'il reçoit et docile aux conseils et à la direction du médecin. Le sommeil toujours bien faisant et réparateur rend la confiance au malade et lui fait entrevoir la possibilité d'une guérison qu'il avait cru impossible. La foi à la médecine renait et avec elle la voie de la guérison est préparée. Les obstacles c. à. d. les troubles psychiques, nerveux, dynamiques, s'effacent ou sont surmontés après un temps plus au moins long, grâce aux suggestions appropriées et grâce au sommeil. Alors, seulement, le moment est venu de complèter la guérison en substituant graduellement la thérapie éducative à la méthode hypno-suggestive.]

L'auteur voit dans l'exercice, l'éducation et le training les meilleurs moyens pour arriver à ces fins. A l'objection qu'on pourrait lui faire: „Si vous endormez vos malades et si vous les traitez durant cet état, il ne peut guère être question d'un exercice conscient de la volonté!" il oppose son expérience qui lui a appris que dans le traitement des cas chroniques la guérison a présentée la plus grande durée chez les malades au sommeil très-léger; que l'équilibre psychique,

rétabli par la suggestion, se perdait plus vite chez les dormeurs profonds avec amnésie et anesthésie que chez les dormeurs légers. Beaucoup de ces derniers, parfaitement guéris, avaient gardé pendant cette somnolence la conscience parfaite de tout ce qui se passait autour d'eux et leur souvenir au réveil était intact.

[L'expérience de van Eeden, sous ce rapport, est différente de la mienne. Il est indéniable qu'on peut obtenir des guérisons persistantes par un traitement par la suggestion à l'état de veille, et que dans bon nombre de cas chroniques j'ai obtenu, de même que lui, ce résultat chez des personnes qui paraissaient être réfractaires au sommeil hypnotique ou chez lesquels l'influence hypnotique ne dépassait pas l'état de somnolence. Il n'est pas moins vrai que dans quelques cas rapidement guéris par la suggestion à l'état de somnambulisme profond j'ai pu observer des récidives à bref délai. Cependant à mon avis ces cas forment plutôt l'exception que la règle.]

L'auteur se basant sur cette rêgle déduite de ses observations, affirme qu'il s'applique dans beaucoup de cas à ne produire chez son malade que cet état de somnolence, a doze, which is really nothing more than a passive lying still with closed eyes; a sort of inward concentration, wich allows the psychical force to act with her greatest amount of strenght.

[Mon expérience au contraire, me dit que les malades qui viennent en sommeil profond durant le traitement, qui réveillés de l'état d'hypnose reconnaissent avoir dormi, que ceux-là réalisent généralement mieux les suggestions que ces autres qui n'ont pas la sensation de dormir et d'avoir dormi. Aussi, m'appliqué-je dans tous les cas à provoquer un état de sommeil aussi profond que possible. La grande majorité des malades désire ce sommeil.

Ceux qui d'abord n'éprouvent qu'une légère somnolence et chez qui plus tard l'hypnose s'accentue davantage, observent presque toujours marchant de pair avec l'approfondissement du sommeil une augmentation de bien-être et une plus grande amélioration des symptômes morbides.

L'hypnotiseur n'a pas du reste la faculté de doser comme il l'entend le degré ou la somme de sommeil qu'il veut repartir au malade. Il n'arrive que trop souvent qu'on ne réussit pas à provoquer un état de sommeil profond. Dans ces cas là il s'agit de faire bonne mine à mauvais jeu, de savoir se contenter de la somnolence, du sommeil léger et même s'il n'y a pas la moindre apparence de sommeil, d'avoir le tact de tranquilliser le malade et de lui assurer que la suggestion

constitue le facteur capital du traitement psychique; que le sommeil hypnotique est un adjuvant sérieux, il est vrai, mais dont on peut se passer.

La grande majorité des malades nourrit l'idée que la guérison par la psychothérapie ne peut être obtenue si on ne réussit pas à endormir le sujet. Il est donc de toute nécessité que le médecin, prévoyant qu'il n'obtiendra pas un état de sommeil suffisamment profond, inculque à temps au malade qu'un grand nombre de guérisons ont été obtenus par la suggestion chez des malades somnolents ou ne dormant pas du tout. Ceci est d'autant plus nécessaire que beaucoup de médecins non versés dans la pratique de la médecine suggestive sont ignorants sur ce point et qu'ils fortifient les malades qui demandent leur avis dans l'idée que les dormeurs seuls peuvent s'attendre à avoir du succès de ce traitement.

J'ai l'habitude de donner aux malades qui ont le sommeil léger des séances de courte durée; je ne les laisse pas aussi longtemps en état d'hypnose que les dormeurs profonds. Je fais cela, parce que j'ai observé que si l'on abandonne quelque temps les somnolents ou les dormeurs légers à leur sort, l'ennui ou des pensées contraires peuvent facilement neutraliser les suggestions thérapeutiques que j'ai données.]

Dans les cas de mélancolie, d'asomnie, d'agitation nerveuse, l'auteur s'applique à rendre le sommeil hypnotique aussi profond que possible, alors le sommeil devient le but principal à atteindre. Mais dans ces cas aussi il faut tâcher d'obtenir par un exercice assidu que le malade apprenne à s'endormir de son propre compte, sous l'influence de sa volonté consciente. Savoir rêgler le repos est une chose capitale dans le traitement des névroses et des psychonévroses.

"And it is wonderful to observe what results may be obtained by persevering and patient training." Depuis que l'auteur traite ses malades exclusivement par la psychothérapie il n'a plus une seule fois fait usage de remèdes narcotiques, il est d'avis que leur emploi dans les maladies chroniques est sans exception nuisible et non nécessaire.

"Finally we may succeed in bringing very intelligent patients to suggest to themselves before they go to sleep. So that the conscious effort of the waking will acts during sleep.

Of course we must anticipate that many patients when left for a time to themselves lose this power of

effort of the will; it is a subtile and complicated process that is counteracted by numberless causes, by imperfect comprehension, psychical depression, a want of confidence, and the influence of others.

L'auteur fait ressortir que cette thérapie ne garantit pas contre les récidives. Celles-ci peuvent se produire comme elles se produisent après toute autre thérapie; cependant les rechutes sont moins à craindre et se produisent moins souvent après un traitement psychique bien institué, qu'après un traitement médicamenteux attendu que le premier a augmenté les forces de volonté et de résistance du malade et que le second aura plutôt amolli et affaibli ces facultés.

Van Eeden finit son article en rappelant que si la thérapeutique s'est servie de tous temps de moyens psychiques, l'application systématique de la psychothérapie ne date cependant que des dernières années. Il démontre qu'à quelques exceptions près, tout le système de la médication chimique se réduit à protéger, à choyer et à stimuler.

Préserver avec sollicitude l'organisme de toute influence délétère et venir en aide autant que possible à la résistance normale de l'individu par des moyens anormaux, dit-il, cela veut dire affaiblir l'organisme.

Si l'on réussit à augmenter cette résistance, l'effet obtenu est temporaire et s'obtient à l'aide de stimulants anormaux, en introduisant des matières étrangères dans le corps. Et cette stimulation anormale — l'expérience nous l'apprend — est impitoyablement suivie d'une réaction, d'un affaissement, d'une rétrocession de la force de résistance normale. Dans le traitement des maladies aiguës, dans des moments de danger immédiat, il est raisonnable et rationel de suivre ce système. Mais son application réitérée et prolongée indéfiniment dans le traitement des maladies chroniques, doit forcément conduire à l'affaiblissement de l'individu, à la déchéance de l'espèce.

C'est justement dans cette catégorie de malades, poursuit-il, que se recrutent les désespérés qui à bout de ressources, réclament l'aide des charlatans on des incompétents. Et souvent ces faux-médecins réussissent, il faut l'avouer, par un traitement des plus simples, par de l'exercice, par de la suggestion masquée sous une forme ou une autre, à faire des guérisons que la médecine officielle n'a pu obtenir.

On ne gagne rien à vouloir ignorer les guérisons de charlatans ou de gens honnêtes tels que l'abbé Kneipp. La médecine méprise, et avec raison, la suggestion sous forme de réclame mais elle doit

reconnaître que la suggestion est un agent psychique de grande valeur auquel elle ne peut opposer aucun equivalent.

Cet équivalent est tout trouvé dans la psychothérapie.

Depuis le mois de juin 1893 j'ai continué seul à diriger la clinique psychothérapeutique d'Amsterdam. Pendant cette période de bientôt quatre ans j'ai eu à traiter environ 500 nouveaux cas, dont je me propose de rendre compte dans un prochain travail.

Les résultats obtenus par le docteur van Eeden et moi pendant le temps que nous avous partagé la direction de la clinique ont été publiés comme j'ai dit déjà plus haut dans des compte-rendus parus en 1889 et en 1894.

Le lecteur a pu s'apercevoir aux commentaires que j'ai fait à l'article The Theory of Psychotherapeutics de van Eeden, que mes opinions sous quelques rapports diffèrent notablement de celles de mon ami et collègue.

Dans la dernière partie de mes Causeries, je me propose de résumer mes idées personnelles sur la psychothérapie en général et plus spécialement sur la méthode suggestive, me basant sur mon expérience acquise de ce traitement spécial pendant une période de dix années. (à suivre).

Hypnotism and Free-will

by

Ch. Lloyd-Tuckey.

The buttle is still being waged between the schools of Nancy and Paris as to the real meaning of the experiments made on somnambulic subjects to test the power of post-hypnotic suggestion. Many observers follow Charcot in considering .that the subjects are mere conscious actors and that they pretend to obey harmful suggestions such ar firing a pistol at a person or putting arsenic into a tea-cup, wellknowing that the pistol is not loaded and that the supposed arsenic is only sugar; while others agree with Bernheim and Liègois in thinking that the power of suggestion is unlimited and that persons may be induced by it to commit almost any crime.

From my own observation I am of opinion that the degree ot submission to suggestion depends upon the subject, and that where as it would be impossible to make some somnambulists commit an action opposed to their waking volition, it is easy to enforce unquestioning obedience in others, and that the power of suggestion in these cases is only limited by the conscience and will of the hypnotist.

Nor can one be sure that a person of strong will when awake will be able to resist when hypnotised, for one of my best somnambulic subjects, a lady, is strong minded and rules her husband and household, and yet is unable to resist acting upon suggestions though I tell her, before I hypnotise her, that she is to try not to receive them. On the other hand another patient, an equally good subject, a nurse, is of much more susceptible disposition when awake and yet refuses to act upon any suggestion which she objects to, when hypnotised. No doubt this experience is common to most observers.

This question of suggestibility has a very important practical bearing in our dealings with patients for we are sometimes asked to make suggestions which are, at the moment, opposed to their waking volition; and the questions arise, first, as to the practicability of making such suggestions, and secondly as to our justification for doing so. As a general rule it is certainly the best plan to explain to the patient the rationale of the process and the suggestions one intends to make, but it would often be unwise to do so, especially when the patient is hysterical, perverse and wanting in intelligence, for such premonition would call up resistance, and one has sometimes to enforce one's suggestions on such patients. For instance Mrs. B. is the hardworking wife of a clergyman. Neglect of her health led to a nervous breakdown, shown mainly by a violent attack of temporal neuralgia. She came to me for treatment in 1894 but at first refused to be hypnotised. Eventually she consented but I found her hysterical and perverse. She was only influenced to the first degree and told her husband that she felt nothing at all. After a few attempts at persuasion I altered my tone and when she was hypnotised told her authoritatively that she would be unable to open her eyes until the pain had quite gone. For twenty minutes it was a fight between her and me. All the time she was struggling to open her eyes while at the same time telling me in answer to my questions that the pain was better but still present. At last she gave up the conflict, told me the pain was gone and at once opened her eyes. The neuralgia, which had lasted six months was cured for a time, and in fact, did not return for three months, when she brought it on again by neglecting all the laws of health.

No one could dispute the physician's right to enforce his curative suggestions in such a case, nor would any reasonable person find fault with him for preventing a drunkard taking alcohol by suggesting it would cause disgust and vomiting, though the patient might declare he intended to go on drinking.

The following cases however open up a wide field.

About 12 months ago I was consulted about a young lady of 19 (who had become engaged to a very undesirable man) with a view to breaking off the engagement by hypnotic suggestion. I at first refused to entertain the idea but eventually was led to make full inquiries into the case and on finding the facts as stated and at the earnest wish of all the girls friends I consented to try. The girl was hypnotised ostensibly for neuralgia and proved a somnambule. After the third

scéance I began cautiously to suggest that she would allow herself to be guided by her mother and friends and would break off the engagement.

At first she refused but gradually became less positive and began to write to the man less frequently and more coldly. Finally, in three months she broke it off, and results have justified our action.

Case no 2 is that of a widow of 30 who was being ruined financially and morally by the evil companionship of another woman for whom she had formed a romantic attachment. She came under treatment for insomnia and craving for alcohol. While treating her for these symptoms it became evident that nothing could be done as long as the evil companionship remained, and all efforts by the friends to break off the connection (which had lasted for four years), in the waking state having failed I felt justified in suggesting to her in the somnambulic state that she should send away the woman. The suggestion brought on a violent access of weeping and was strenuously argued against and resisted for nearly half an hour. Finally she promised to do as I told her, and she did actually at once carry out her promise on waking. Here again the result has justified the course adopted.

One feels however that such influence should only be sparingly used and only when occasion imperatively demands it. It should only be exerted after consultation with friends and in their presence. With these restrictions and precautions I think we need not hesitate to use our power for the patient's good, and undoubtedly he or she will eventually thank us for our interference.

Einige Bemerkungen zu den „suggestiven Erfahrungen und Beobachtungen" W. Brügelmann's.

Von

Dr. Stadelmann.

Auch in meiner suggestiven Praxis ist mir das, was Herr Brügelmann als „spontanes Entstehen erhöhter Sexualität in der Somnambulie" bezeichnet, vorgekommen. Ich will der den Fall betreffenden diesbezüglichen Vorkommnisse Erwähnung thun.

Es handelte sich um eine ungefähr 28 Jahre alte unverheirathete Kranke. Ihre Mutter war bald gestorben und sie allein sollte ihrem Vater und Bruder wider ihren Willen den Haushalt führen; da drängte sich ihr stets der Gedanke mehr auf, sich selbstständig zu machen und zu heirathen. Es fehlte ihr jedoch jede Gelegenheit dazu. Eines Tages suchte ein Soldat die Kranke zu bewegen, sich ihm geschlechtlich hinzugeben; so sehr sie vielleicht dazu geneigt gewesen war, schlug sie demselben doch jedes Entgegenkommen ab. Auch energische Angriffe seitens des Soldaten waren umsonst bei der Kranken, da dieselbe den Zorn ihres Vaters fürchtete. Das Ende vom Liede war, dass das Mädchen, das seine sexuelle Neigung unterdrücken musste, ohne dass es sich von derselben etwas anmerken liess, psychisch erkrankte. Es entwickelte sich neben körperlichen Symptomen, asthmatischen Beschwerden, epileptiformen Anfällen, noch das, was man als hysterischen Irrsinn zu bezeichnen pflegt. Ich liess die Kranke zu Bett bringen, und versuchte, eine Hypnose einzuleiten. Ich wusste in der That nicht, war die Kranke hypnotisirt auf meine Suggestion hin, oder war sie im Wachbewusstseinszustande; denn sie fing auf einmal an, Brust und Bauch in die Höhe zu recken, entblösste ihre Brust, auch wenn ich versuchte, dieselbe wieder mit den Kleidungsstücken zu bedecken, war sehr unruhig im Bette, stöhnte, schlug die Augen auf und machte sie wieder zu, nannte Männernamen, sprach von Liebesflammen und Liebesglut erzählte eine Menge von eingebildeten Erlebnissen, wie z. B. von sexuellen Umgang, der nie stattgefunden hatte, forderte mich auf, mich zu ihr ins Bett zu legen u. dergl. mehr; auch sprach sie von dem Schrecken, den der vorhergenannte Soldat ihr eingeflösst habe; keine kataleptischen Erscheinungen. Eine solche Hypnose hatte ich noch nicht gesehen, wenn ich überhaupt berechtigt war, diesen Bewusstseinszustand als solche zu bezeichnen, wozu ich mich Anfangs fast nicht entschliessen konnte; der Verlauf aber bewies mir, dass es eine Hypnose war. Am folgenden Tage die gleichen Erscheinungen. Zwei Tage verwandte ich darauf, die Kranke in diesem Zustande nach einem pathogenen psychischen Primäraffect aus-

zuforschen, um denselben suggestiv in Vergessenheit bringen und so die Gedankenkette zerreissen zu können. Am dritten Tage suggerirte ich in dem gleichen eigenartigen hypnotischen Zustande Vergessenheit des gefundenen psychischen Primäraffectes. Tags darauf leitete ich wieder eine Hypnose ein. Dies Mal war es ein ganz anderes Bild. Die Kranke behielt die Kleidungsstücke über der Brust zusammen, was sie die drei vorhergehenden Male nicht gethan und blieb schlafend regungslos liegen; der Athem war leicht, die Kranke sprach nicht mehr für sich ohne aufgefordert zu sein; der Arm behielt die ihm gegebene Stellung. Die Anfälle und die Athembeschwerden hatten nach der Vergessenheitssuggestion aufgehört. Nach einigen Tagen genas die Kranke, erlitt aber bald einen kleinen Rückfall, der jedoch wieder rasch beseitigt war.

Auffallend ist hier erstens die ungeheure Unruhe in Hypnose. Dass eine Hypnose da war, dafür spricht der Umstand, dass sich die Suggestionen, die ich bezüglich des Unterbrechens der Associationskette gab, verwirklichten, und die nachherige völlige Amnesie. Zweitens ist bemerkenswerth das spontane Auftreten bestimmter Associationscomplexe, ähnlich denen, wie sie Herr Brügelmann in der „Zeitschrift für Hypnotismus" beschrieben hat.

Es handelt sich hier aber nicht um ein „Entstehen" erhöhter Sexualität in der Somnambulie, sondern die erhöhte Sexualität war schon im Wachen da; nur hatte dieselbe im Wachen eine andere Ableitung gefunden. Fürs Wachen bestand ein anderer Associationencomplex als in Hypnose.

Fälle, wo in Hypnose die psychische Erregung eine andere Ableitung erfuhr als im Wachen, habe ich später mehr zu beobachten Gelegenheit gehabt. Einen ähnlichen Wechsel können wir auch im Wachen beobachten. Ich sah folgenden Fall:

Es handelte sich um eine den gebildeten Ständen angehörige Patientin, welche an Hysterie erkrankt war. Sie hatte zeitweise sehr starke Kopfschmerzen und war im Allgemeinen sehr erregt; da und dort waren Schmerzpunkte. Hatten die Schmerzen längere Zeit bestanden, so wurde die Kranke wieder ruhiger. Nun machte mir die Kranke eines Tages, als sie wieder einmal sehr erregt war, eine formvollendete Liebeserklärung und umarmte mich; die Schmerzen traten nicht ein; das war jedes Mal der Fall, wenn die Kranke, während ich mit ihr sprach, schnell Gelegenheit genommen hatte, mich zu umarmen; wenn sie es gethan hatte, kam, wie erwähnt, der Schmerz nicht zum Ausbruch. Die Dame schämte sich aber jedes Mal nach einer derartigen Handlung und sagte, sie sei es nicht, die das thue, das sei eine ganz andere Stimme in ihr, die ihr das sage: sehr bezeichnend für die Hysterie. Die Spaltung der Persönlichkeit wurde vorgetäuscht durch die zweifache Art der Ableitung der einen psychischen Erregung.

Darf man beim Auftreten solcher Vorgänge von einem vollständigen Wechsel des Characters sprechen, der in die Erscheinungen treten kann?

Referate und Besprechungen.

Psychotherapie und Verwandtes.

Dr. H. Stadelmann, „Der Psychotherapeut. Für Aerzte geschrieben und mit biologisch-psychologischen Vorbemerkungen versehen.“ Würzburg, Stahel 1896. 230 Seiten.

Verf. der schon mehrfach mit literarischen Arbeiten über psychologische Probleme an die Oeffentlichkeit getreten ist, bringt in dem vorliegenden neuesten Werke eine Darstellung der psychischen Therapie, wie er sie seit einer Reihe von Jahren in seiner Privatpraxis ausgeübt hat. Seine Ausführungen kennzeichnen ihn als einen begeisterten Anhänger des Hypnotismus, speciell der Schule von Nancy, und die mitgetheilten Resultate lassen auf einen geschickten und erfolgreichen Operateur schliessen.

Verf. schildert an der Hand zahlreicher, seiner Praxis entnommener Krankengeschichten das hypnotische Verfahren und dessen Heilwirkungen bei acuten wie chronischen, körperlichen wie psychischen Leiden und knüpft daran allgemeine Betrachtungen über seine eigenen, „aus Beobachtung und Erfahrung gewonnenen psychologischen Ansichten“. Das Buch beschränkt sich, abgesehen von den philosophischen und psychologischen Beigaben, im Wesentlichen auf eine allerdings recht ausführliche Beschreibung des modus procedendi beim Hypnotisiren und die Wiedergabe der bei den einzelnen Krankheitsfällen und bei den verschiedensten Symptomen zur Anwendung gelangten, verbotenus aufgezeichneten Heilsuggestionen. Der Character desselben ist also in der Hauptsache ein methodologischer.

Wenn man auch zugeben wird, dass der Anfänger im therapeutischen Hypnotismus aus den sehr eingehenden Krankenjournalen werthvolle Anleitungen und Belehrungen schöpfen kann und dass darin ein entschiedener practischer Werth der Arbeit begründet liegt, so muss doch mit aller Entschiedenheit gegen die hochgestellten Prätentionen, die im Vorworte zum Ausdruck gelangen, Einspruch erhoben werden. Verf. schreibt: „Dem Arzte, der keine Gelegenheit hatte, sich über psychische Phänomene im Besonderen sowohl als im Allgemeinen zu orientiren, dem soll bei psychischer Beeinflussung seiner Kranken zu Heilzwecken vorliegende Schrift ein Handbuch sein“. Es kann im Interesse unserer Wissenschaft nicht

lebhaft genug gegen diesen Satz protestirt werden, denn es spricht sich darin eine doppelte unheilvolle Tendenz aus, die stets, und mit Recht, die heftigsten Angriffe unserer Gegner herausgefordert hat und nicht unwesentlich Schuld daran ist, dass der Hypnotismus und die Suggestionstherapie bei Klinikern und Aerzten noch so wenig Anklang gefunden haben. Der Irrthum des Verf. besteht erstens darin, dass er den Begriff der Psychotherapie ausschliesslich auf die Hypnose und hypnotische Suggestionen einschränkt, als ob es keine andere Art psychischer Behandlung gebe, wie die hypnotische, und zweitens in der Ansicht, dass ein Practiker, der weder über psychologische Fragen orientirt ist, noch auch vom Hypnotismus je etwas gesehen hat, das Hypnotisiren aus diesem Buche erlernen könne und erlernen soll.

Das Irrthümliche dieser Auffassung, die über die ganze Arbeit ein entscheidendes Urtheil spricht, braucht wohl nicht im Einzelnen widerlegt zu werden. Allein das Buch Stadelmann's scheint, nach Ansicht des Referenten, ausserdem aus einer Reihe anderer Gründe, formeller wie sachlicher Natur, für den grossen Zweck, dem sie gewidmet ist, nicht geeignet zu sein.

Was zunächst die formale Seite betrifft, so ist, m. E., den Anforderungen, die man an ein Handbuch füglich stellen darf und stellen muss, nur in ausserordentlich bescheidenem Maasse Rechnung getragen. Ganz abgesehen von stilistischen Mängeln entbehrt die Eintheilung des Stoffes jeder Uebersichtlichkeit und systematischen Gruppirung.

Schwerwiegender als diese mehr äusserlichen Unvollkommenheiten sind die sachlichen Einwendungen, die sich gegen Stadelmann's Abhandlung aufdrängen. Das Referat muss leider auf eine detailirte Besprechung verzichten und kann nur die markantesten Punkte hervorheben und vereinzelte Beispiele anführen.

Die Schrift beginnt mit drei theoretischen Kapiteln: „Bio-psychologische Vorbemerkungen“, „Psychische Heilung“ und „Ueber Vorstellungen“ betitelt.

Diese ganze Einleitung ist ein Gemisch von Ausführungen über Psychologie, Philosophie, Biogenese etc., denen Ref. vielfach nicht zu folgen vermochte, trotzdem er der im Vorwort ausgesprochenen Bitte des Verfassers nachgekommen ist, der Bitte nämlich, „dass sie (die Schrift) der Leser des Buches nach dem Durchlesen desselben nochmals durchsieht“ (sic!). Interessant ist es zu erfahren, dass Verf. „hiebei etwas philosophisch zu Werk“ ging, noch interessanter das Geständniss, das an anderer Stelle (pag. 25) steht, dass die Abhandlung „nicht ein rein wissenschaftliches Gepräge“ trägt, was angesichts der Thatsache, dass der betr. Theil einfach der Abdruck eines Feuilletonartikels aus einer Tageszeitung (Augsburger Abendzeitung) ist, nicht verwundern kann; gänzlich unverständlich aber bleibt es, wie ein solcher Artikel in einem Buch, das Anspruch auf den Titel eines medicinischen Lehrbuches erhebt, Aufnahme finden konnte. Es wäre schlimm um eine Specialwissenschaft bestellt, wenn sie ihre Kraft aus Tagesblättern schöpfen müsste.

In den diesbezüglichen Ausführungen tritt eine verwirrende Unklarheit und vielfach eine unheilvolle Confusion zu Tage. Man mag der Ansicht Stadelmann's beitreten, dass die „Urquelle aller Lebensfunctionen (der bewussten, wie unbewussten) ein bewusstloser Wille“ sei, so darf man aber nicht an anderer Stelle diesem, die Entwickelung beherrschenden Willen ein anderes genetisches Princip, die „Gewohnheit“, entgegenstellen. Ferner kann man sehr wohl sich mit Stadel-

mann einverstanden erklären, wenn er sagt: „Alle Kraft ist Wille", man ist aber dann verpflichtet, diesen Begriff scharf und bestimmt zu definiren und unzweideutig anzuwenden; Stadelmann jedoch versteht unter diesem Willen bald einen metaphysischen Begriff im Sinne Schopenhauer's, das apriorische Ding an sich, bald bezeichnet er ihn als ein psychologisches Gebilde, als die „die Organe leitende psychische Thätigkeit". Durch die metaphysische Auffassung aller Lebensvorgänge als rudimentärer Willensäusserungen ist das Studium und das Verständniss des Hypnotismus und der hypnotischen Therapie durchaus nicht gefördert.

Ueber das Wesen der Vererbung spricht sich Stadelmann in folgenden Worten aus: „Ein durch Krankheit befallenes Organ hat mit seinen angezüchteten oder kührlichen krankhaften Willensäusserungen das ganze Sein in Mitleidenschaft gezogen. Und darin liegt die Begründung der Vererbung". Verf. muss gestehen, dass ihm diese Auffassung der Heridität ebenso unverständlich geblieben ist, wie der Sinn folgendes Ausspruches, der die Entstehung der Epilepsie illustriren soll: „Bei einer bestimmten Seelenbestimmung klingt jede Vorstellung harmonisch an, an die die Stimmung verursachende Vorstellung". Vielleicht wäre es möglich das Dunkel dieser Orakelsprüche zu enträthseln, wenn man erfahren könnte was Verf. mit „kührlichen Willensäusserungen" und mit „Seelenbestimmung" meint. In diesem Zusammenhang sollen gleich noch einige andere Kunstproducte der Nomenclatur Stadelmann's angeführt werden. — Den Grad der Hypnose bemisst Verfasser an der „grösseren oder kleineren Zusammenschiebbarkeit des momentanen Bewusstseins". Statt des allgemein üblichen Ausdruckes „Automatismen" gebraucht Stadelmann überall „Automation" und „Automatien". Ein ganz neues Wort, für das sich Verf. selbst entschuldigen zu müssen glaubt, wird pag. 51 eingeführt, es lautet „Innerung" und soll einen unbewussten Erinnerungsvorgang bei den posthypnotischen Suggestionen bezeichnen. Statt Erinnerungslosigkeit gebraucht Stadelmann fast durchgängig das Wort „Vergessenheit". Einmal nennt er ein gelähmtes Glied „erlahmt". An Stelle des längst gebräuchlichen „psychogen" wird das frei erfundene „doxogen" gesetzt, und die von Strümpell so benannten „Psychoneurosen" sollen nach dem Vorschlage des Verf. plötzlich „Doxopsychie" oder — es wird den ästhetischen Neigungen des Lesers ein Spielraum gestattet — „Psychodoxie" heissen.

Der Begriff der „Disposition", der in der medicinischen Wissenschaft immer nur in einem ganz bestimmten Sinne gebraucht wurde und eine angeborene und eine erworbene Disposition unterscheiden lässt, ist von Stadelmann völlig verwirrt worden; er nimmt eine „anerzogene" Disposition an, die sich das Individuum selbst geschaffen hat und die (pag. 10) mit Gewohnheit identificirt wird; im Gegensatz dazu fasst er unter die „angezüchtete" Disposition alle Organfunctionen zusammen; er schreibt: „So stellen alle vegetativen Lebensäusserungen im menschlichen Körper Triebhandlungen dar, deren angezüchtete Disposition dazu tief im Centralnervensystem wurzelt"; auf dieser angezüchteten Disposition des Seelenorgans beruht jede physiologische wie pathologische Lebensthätigkeit (pag. 11). Auch in dieser Auffassung der physiologischen Leistungen der Organe als Triebhandlungen dürfte Verf. nur ganz vereinzelte Anhänger finden. Wie aus solchen angezüchteten physiologischen Triebhandlungen pathologische Lebensäusserungen hervorgehen sollen, wird an keiner Stelle erläutert. — Der Glaube wird als „Selbstsuggestion" bezeichnet; auch dies scheint eine jener unberechtigten Erweiterungen des Begriffes

der Suggestion zu sein, die einer falschen Auffassung über das Wesen der Suggestion entsprungen. In der That geht Stadelmann von der irrthümlichen Voraussetzung aus, dass für das Wesen einer Suggestion eine intensive Gefühlsbetonung characteristisch sei (pag. 20 u. 22).

In den Ausführungen über Hypnotismus und die Technik der Hypnose folgt der Verf. den Lehren der Schule von Nancy, jedoch tritt auch hier überall das Bestreben in den Vordergrund, das Verständniss der Erscheinungen auf speculativem und deductivem Wege zu ermöglichen. Gerade in dieser Grundtendenz des Buches liegen seine wesentlichen Schattenseiten. Aus dem Satze „die Welt ist Wille" lassen sich niemals psychologische Thatsachen erklären und ableiten; ebensowenig ist es zulässig, die Lehre vom Hypnotismus und die empirisch gefundenen hypnotischen Phänomene auf die Hypothese der „angezüchteten Willensäusserungen" zu basiren. Auch hier erweist sich die Deduction als unzulänglich und ein befriedigendes Resultat wird nur zu gewinnen sein, wenn man ohne Voreingenommenheit die einzelnen Erscheinungen des Hypnotismus prüft und die auf inductivem Wege gewonnenen Erkenntnisse den allgemein giltigen psychologischen Gesetzen unterzuordnen sucht. Nur ein in solcher Weise redlich und mit Ausdauer durchgeführtes Streben wird dem Hypnotismus ein legitimes Recht in der Wissenschaft sichern, während es andererseits unserer Sache nur schaden kann, wenn man Erfahrungsthatsachen oder die Empirie überhaupt einem hypostasirten Begriffe unterordnet.

In dem eigentlichen Hauptheil der Arbeit, der in der Veröffentlichung von 87 Krankengeschichten besteht, wird auf practische Bedürfnisse mehr Rücksicht genommen. Es ist anzuerkennen, dass in vielen Fällen ein sehr ausführliches Protocoll der hypnotischen Proceduren beigefügt wird, denn nur so wird es allerdings möglich sein, dem practischen Arzt Verständniss und Interesse für die Hypnotherapie zu erwecken und nur dadurch, dass man ihm zeigt, wie er den einzelnen Fall zu analysiren und zu behandeln hat, wird es gelingen, ihn in die practische Ausübung der Suggestivtherapie einzuführen. Bei aller Anerkennung, die man dem Verf. in dieser Hinsicht zu Theil werden lassen muss, darf doch nicht verschwiegen werden, dass das Buch auch hier neben gewissen Vorzügen schwere Mängel aufweist. Die Protocolle sind meist von einer eintönigen Einförmigkeit; die Analyse der krankhaften Vorgänge bleibt häufig, trotz der breiten Weitschweifigkeit in der Darstellung, ganz oberflächlich und ist durchaus nicht erschöpfend, was besonders von den nach Breuer und Freud behandelten Fällen gilt. Den Diagnosen fehlt jede klinische Begründung, was um so bedenklicher ist, als man gerade aus dem Krankheitsverlauf und aus den zum Theil verblüffenden Heilwirkungen hypnotischer Proceduren den Eindruck gewinnt, dass doch Fehldiagnosen vorliegen könnten. Dieser Eindruck wird zur Gewissheit bei den als Epilepsie aufgeführten Krankheitsfällen, die zum Theil nach wenigen hypnotischen Sitzungen zur Radicalheilung gelangten. Dass sich übrigens Verf. über das Wesen der Epilepsie durchaus keine klare Vorstellung gebildet hat, geht daraus hervor, dass er den Fall 77 und 79 abwechselnd als Hysterie und Epilepsie anspricht; in einem diagnostischen Zweifel greift er zu dem Nothbehelf und meint: „wir wollen es Epilepsie nennen". Noch drastischer tritt die Sonderstellung, die Stadelmann in der Auffassung der Epilepsie einnimmt, in folgenden Worten zu Tage: „Es genügt oft eine weniger heftige Affectvorstellung, die sich nur associativ zu steigern

braucht, um im Laufe der Zeit eine wahre Epilepsie entstehen zu lassen". Ref. ist der Ansicht, dass alle diese Fälle einfache Hysterien oder sog. Hystero-Epilepsien waren. Gerade die Wunderheilungen, die Verf. erzielte, hätten ihn zu dieser Diagnose führen müssen. Auch nach anderer Hinsicht kann Stadelmann der Vorwurf nicht erspart werden, dass er sich in seinen Diagnosen getäuscht habe: Unter Nr. 73, 74, 75 und 76 werden Symptombilder als Hysterien beschrieben und durch einmalige Hypnose geheilt, die Ref. nur als die Folgewirkungen der statt-gehabten Affecte (Schreck, Ekel, Angst etc.) auffassen kann. Fall 74 dürfte ein typisches Beispiel einer „Emotionsdyspepsie" sein (Rosenbach). Mit der hypnotischen Behandlung anderer Affectionen hat Stadelmann staunenswerthe Erfolge gehabt, jedoch drängen sich immer wieder Zweifel an der Richtigkeit der Diagnosen auf; ein Symptom wie „starker Meteorismus" (Nr. 61) oder „Drücken in der Magengegend" (Nr. 63) rechtfertigt doch keineswegs die Diagnose eines „schweren acuten Magenkatarrhs". Der Fall Nr. 64, der allerdings unter dem Bilde einer acuten Gastritis begann und die Folge eines kalten Trunkes war, möchte Referent nicht als einen Magenkatarrh, sondern eher als die Wirkung eines nervösen Shokes, wie sie Rosenbach beschrieben hat, auffassen. — Im Allgemeinen hat Stadelmann mit der Hypnose therapeutische Resultate erzielt, wie sie bisher kaum berichtet worden sind. Er hat postdiphtheritische Lähmungen, zum Theil recht schwerer Art, so schnell verschwinden sehen, dass er der Ansicht zuneigt, die nach Diphtherie vorkommenden Lähmungen seien rein psychischer Natur, wie auch die sog. rheumatischen Lähmungen. Auch Hautkrankheiten hat Verf. hypnotisch behandelt und es ist ihm die Heilung von Eczem, Furunculosis, Erythem, Urticaria gelungen. Subjective Beschwerden aus den allerverschiedensten Ursachen hat er ganz beseitigt oder wenigstens zu lindern vermocht, z. B. Schmerzen nach Verletzungen, bei acuten Entzündungen von Gelenken und Drüsen, Neuralgien, Beschwerden bei chronischen Bronchialkatarrh, bei Nephritis, bei Plattfüssen, Dysmenorrhoe, Uterinbeschwerden etc., lästige Symptome bei Phthise: Schmerzhaftigkeit, Appetitmangel, Hustenreiz, Athemnoth und sogar die Nachtschweisse konnten gebessert werden. Selbst acute Infectionskrankheiten hat Stadelmann hypnotisch in Angriff genommen. Es wird jedoch entschiedenes Befremden erregen, besonders bei Nichtspecialisten, wenn Verf. glaubt, nicht nur eine Hebung des Allgemeingefühls zu erzielen, sondern suggestiv direct auf den Krankheitsverlauf einwirken zu können; er glaubt bei Rheumatismus eine Abkürzung der Krankheitsdauer und eine Verhütung von Recidiven durch hypnotische Suggestionen bewirkt zu haben. Noch entschiedener werden diese Bedenken gegenüber dem Unterfangen, eine hereditäre Disposition, „die auf körperlichen und individuellen Eigenthümlichkeiten beruht", hypnotisch zu behandeln und zu heilen. Ebensowenig wird man das Vertrauen haben, das Wachsthum einer malignen Geschwulst durch Hypnose günstig beeinflussen zu können, wie Stadelmann im Fall 35 anzunehmen scheint; Referent muss gestehen, dass er einen Causalzusammenhang zwischen der Volumsverminderung eines ulcerirenden Mammacarcinoms und den hypnotischen Suggestionen des Verf. nicht einzusehen vermag; im Gegentheil, er muss der begründeten Befürchtung Ausdruck geben, dass derartige Veröffentlichungen, wie Fall 35, nur geeignet sein werden, den Werth aller übrigen Mittheilungen in den Augen kritischer Leser zu vermindern und das Ansehen der hypnotischen Therapie in den ärztlichen Kreisen herabzusetzen.

Von allen diesen Gesichtspunkten aus kann das Urtheil über das vorliegende Buch, mag man den guten Absichten des Verf. noch so viel Wohlwollen entgegenbringen, nur ein abfälliges sein.

Stadelmann, „Zur Therapie der durch Vorstellungen entstandenen Krankheiten." Wien.

Als Ergänzung obiger Ausführungen kann vorstehender Vortrag angesehen werden, den Stadelmann auf dem dritten internationalen Congress für Psychologie in München gehalten hat. Schon in seinem Lehrbuch der Psychotherapie hatte sich Stadelmann verschiedentlich auf die von Breuer und Freud zuerst gemachten Beobachtungen und Veröffentlichungen berufen und das Verfahren derselben therapeutisch verwerthet. Er zeigt jedoch solche principielle Abweichungen von den Theorien der beiden Wiener Forscher, dass der Leser ein völlig unzutreffendes Bild von der sog. „kathartischen Methode" erhält. Hier sollen nur die wesentlichsten differirenden Punkte berührt werden.

Während Freud behauptet, dass als primäre pathogene Ursache gewisser Neurosen (Hysterie, Neurasthenie, Zwangsvorstellungen) stets ein sexuelles psychisches Trauma in der Kindheit anzusprechen sei, also den Begriff einer infantilen Sexualneurose aufstellt, verallgemeinert Stadelmann die „doxogene" Aetiologie dieser Krankheiten dahin, dass jeder beliebige Affect in jedem beliebigen Lebensalter im Stande sein soll, die Entstehung jener Krankheiten zu verursachen. Auf diesen abweichenden Voraussetzungen basirt dann auch das ganze therapeutische Verfahren, das nicht als ein causales im Sinne von Freud, sondern nur als ein symptomatisches zu bezeichnen ist. Da jedoch Freud bei chronisch verlaufenden Hysterien mit unausgesetzter Production von hysterischen Symptomen die Bedeutung des kathartischen Verfahrens als symptomatischer Therapie ebenfalls anerkennt, so könnte man darüber hinwegsehen, wenn Stadelmann nicht einen noch viel entscheidenderen Irrthum beginge, der das Wesen des „Abreagirens" ganz anders darstellt, als es ursprünglich von den Begründern der Lehre geschah. Freud und Breuer setzen für die völlige „kathartische Wirkung" eine adaequate Reaction voraus, ein „affectives Erinnern" und eine „associative Correctur" des eingeklemmten Affectes; Stadelmann dagegen begnügt sich in seinen Analysen damit, irgend ein peinliches Ereigniss aus der Anamnese zu erforschen und für dasselbe Amnesie durch hypnotische Suggestion zu erzielen und dieses Verfahren bezeichnet er als „kathartische Methode"; er wendet dasselbe nicht nur bei Hysterie, traumatischer Neurose und anderen Neurosen, sondern auch bei gewissen Formen des Irrsinns, bei Epilepsie und epileptischem Irresein und bei Wahnideen an; ja er will sogar Heilungen bei Diabetes albuminosus und mellitus nervosus, bei Oedema und Asthma nervosum, bei protrahirten Menses und — last not least — bei Hautkrankheiten gesehen haben.

Dr. L. Löwenfeld, „Lehrbuch der gesammten Psychotherapie mit einer einleitenden Darstellung der Hauptthatsachen der medicinischen Psychologie". Bergmann, Wiesbaden 1897. 264 Seiten.

Im Gegensatz zu der Arbeit Stadelmanns ist dieses Buch, das sich dem gleichen Zwecke widmet, sehr zu empfehlen. Es ist klar und prägnant in der Sprache, exact im Ausdruck, übersichtlich in der Anordnung des Stoffes, sachlich

ohne Fehler, wenn es auch manchmal von den in der „Zeitschrift für Hypnotismus" vertretenen Anschauungen abweicht; es hält sich von vagen philosophischen Speculationen, die zu dem Studium der Psychotherapie keine directe Beziehung haben, fern, es beschränkt sich auf das für den Practiker Nothwendigste, auf eine umfassende, manchmal allerdings wenig in die Tiefe gehende, aber stets leicht verständliche Darstellung der psychotherapeutischen Methoden und giebt dabei eine Fülle von einzelnen Erfahrungen, die durch ein kritisches Urtheil gekennzeichnet sind; kurz es erfüllt jene Voraussetzungen, die es zu einem Lehrbuche der Psychotherapie qualificirt erscheinen lassen und so wird es nicht nur der grossen Masse ärztlicher Practiker, denen psychologische Kenntnisse abgehen, reiche Belehrung geben über die Bedeutung psychischer Einflüsse für die Entstehung und Heilung von Krankheiten und ihnen zugleich die Wege weisen, „auf welchen die in der menschlichen Psyche liegenden Heilkräfte bei Krankheiten nutzbar zu machen sind", sondern — wir sind überzeugt — es wird auch dem erfahrenen Psychotherapeuten noch eine Fülle von Anregungen und neuen Gesichtspunkten bieten, die ihm in der Praxis von Nutzen sein können.

Um die Reichhaltigkeit des Buches zu kennzeichnen, soll hier eine kurze Uebersicht über den Inhalt gegeben werden. Das Thema ist in 5 Abschnitte eingetheilt.

Der I. Abschnitt beschreibt den historischen Entwickelungsgang der Psychotherapie bis auf die jüngste Zeit; von besonderem Interesse dürfte die eingehende Schilderung der in den ältesten Geschichtsepochen und bei den verschiedenen Völkerschaften gebräuchlichen psychotherapeutischen Maassnahmen sein, die häufig in den Werken über therapeutischen Hypnotismus etwas kurz abgethan wurden.

Der II. Abschnitt bringt „die Hauptthatsachen der medicinischen Psychologie" in gedrängter Form und mit sympathischer Sprache zu einem klaren, leicht verständlichen Ausdruck. Bezüglich des Einflusses geistiger Vorgänge auf die Entstehung und Heilung von Krankheitszuständen theilt Löwenfeld die Ansicht Strümpells, „dass die Zahl der durch primär psychische Vorgänge entstandenen, scheinbar rein körperlichen Erkrankungen mindestens ebenso gross ist als die Zahl der wirklich rein körperlichen Krankheitszustände". In besonderen Kapiteln werden die pathogenen und curativen Wirkungen des Vorstellens (der intellectuellen Thätigkeit), der Gemüthsbewegungen und des Willens besprochen. Gerade in diesem Theile liegt für den angehenden Psychotherapeuten, m. E., der Hauptwerth der ganzen Arbeit. Es ist hier eine solche Fülle von Thatsachenmaterial unter einheitlichen Gesichtspunkten zusammengestellt, dass eine detaillirte Schilderung unmöglich wird. Zur Charakterisirung der Stellung des Verf. will ich nur kurz die Indicationen der Vorstellungstherapie anführen. Verf. glaubt, im Gegensatze zu Strümpell, dass wir nicht nur das, was durch Vorstellungen entstanden ist, wieder durch Vorstellungen zum Schwinden bringen können, sondern dass wir in der Lage sind, „durch Vorstellungen auch eine Reihe zweifellos von psychischen Einflüssen unabhängiger, durch rein somatische Vorgänge veranlasster Störungen zu mildern und zu heben" (pag. 44) Ex. Schmerzen, Gefühlsstörungen, Menstruationsanomalien, rheumatische Zufälle, Appetitmangel, Darmträgheit. — Ob mit der hier ausgesprochenen Annahme einer psychischen Heilung der Darmträgheit der Ausspruch übereinstimmt, dass die „willkürliche Herbeiführung von Darmentleerung etwas ganz Exceptionelles" sei (pag. 51), möchte Referent bezweifeln.

Uebrigens scheint gerade die Defäcation, wenn keine krankhafte Willensschwäche vorliegt, in nicht unbedeutendem Maasse durch den Willen, durch willkürliche Einübung einer Regulirung fähig zu sein.

Im III. Abschnitt: „die Psyche des Kranken" kommen alle jene äusseren und inneren Factoren zur Besprechung, die als beständiges psychisches Milieu auf einen Menschen einwirken und in gesundem wie krankem Zustande dessen Individualität mitbestimmen helfen. Hierher gehören die Unterschiede der Sexualität und des Alters, die Bildungsstufe, die Lebensstellung, die ökonomische Lage, der Charakter, besondere Triebe und Eigenthümlichkeiten, die religiösen Anschauungen, acute und chronische Leiden. Alle diese Momente sind geeignet, auf den Verlauf und die Prognose einer Krankheit einzuwirken, sie müssen deshalb bei der Wahl der therapeutischen Maassnahmen in Erwägung kommen und ihre Berücksichtigung ist recht eigentlich die Sache einer rationellen psychischen Therapie im weiteren Sinne des Wortes. Ref. hätte es aus diesem Grunde für consequenter gehalten, wenn der ganze Abschnitt in das Kapitel über die allgemeine Psychotherapie eingereiht worden wäre; die Persönlichkeit des Kranken in ihren Beziehungen zur Therapie hätte sehr wohl der Persönlichkeit des Arztes und deren Einflüssen auf die Behandlung gegenübergestellt werden können. Ein innerer Grund für die Trennung dieser zwei zusammengehörigen Elemente liegt jedenfalls nicht vor.

„Die allgemeine Psychotherapie" (IV. Abschnitt) zerfällt in 2 Kapitel:

1. Die psychische Behandlung im weiteren Sinne, die, abgesehen vom speciellen Heilmethoden, das ganze Verhalten des Arztes, seine Persönlichkeit, sein Thun und sein Lassen, soweit es den Kranken angeht, umfasst. Verf. giebt eine grosse Menge practischer Winke und Rathschläge, die jedem Arzte, auch dem der specialistischen Psychotherapie völlig abgeneigten, von unschätzbarem Nutzen sein können.

2. In dem zweiten Kapitel: „Besondere psychotherapeutische Verfahren" unterscheidet Löwenfeld psychische Gymnastik, Suggestivbehandlung und die kathartische Methode nach Breuer-Freud. Die weitere Trennung der psychischen Gymnastik in eine Willensgymnastik und eine intellectuelle Gymnastik, zu der dann noch eine von Lehmann angegebene „Suggestivgymnastik" kommt, ist wohl nur einem schematisirenden Bedürfnisse entsprungen, denn in der Praxis gehen alle diese Modificationen in einander über, sie haben sich gegenseitig zu ergänzen und zu ersetzen und im Grunde fallen sie eigentlich mit den „Wachsuggestionen" zusammen. Die Suggestionstherapie theilt L. in eine „Suggestivbehandlung im Wachzustande" und in „Hypnose und hypnotische Suggestionen". Wachsuggestionen können durch das „blosse Wort" gegeben werden in Form einer Versicherung oder eines Befehles, dass eine krankhafte Erscheinung verschwinde; diese Verbalsuggestionen setzen aber „einen Grad von Gläubigkeit voraus, welchen wir bei nicht sehr vielen Menschen finden", man wird deshalb mit denselben zweckmässig andere Mittel combiniren, deren einziger Zweck die Vorstellung einer Heilwirkung ist und deren chemische und physikalische Beschaffenheit vollkommen nebensächlich ist, sog. larvirte, maskirte oder materielle Suggestion" durch allopathische oder homöopathische Medicamente, durch äusserliche Mittel, durch Bäder Electricität, Massage, Suspension, Magnete etc. L. glaubt vor allzu liberaler Anwendung der Electricität, bes. des faradischen Pinsels, warnen zu müssen, da dieselbe häufig nur auf eine „unnöthige electrische Misshandlung des Kranken" hinaus-

läuft, von der Verf. selbst in manchen Fällen nur Schaden gesehen hat. In dieser Beziehung setzt er sich in Widerspruch zu anderen Autoren, denen sich der faradische Pinsel bei vielen nervösen Störungen als das souveraine Mittel erwiesen hat Rosenbach u. a.). Man darf daraus nur schliessen, dass noch langjährige Erfahrungen und genaue Beobachtungen nöthig sein werden. bis man zu einem abschliessenden Urtheil über diese Fragen gelangen kann. Im Uebrigen darf man unbedenklich der Ansicht des Verf. beistimmen, dass ein grosser Theil der von jeher in der Praxis erzielten Heilerfolge lediglich auf psychische Einflüsse, auf unbewusste, unbeabsichtigte und unverstandene Suggestivwirkungen zurückzuführen sind.

Am meisten Interesse beansprucht jedenfalls das Kapitel über „Hypnose und hypnotische Suggestivbehandlung". Leider sind gerade die Ausführungen Löwenfeld's hier etwas dürftig ausgefallen und es würde einem Anfänger schwer sein, sich ausführlich über diese Fragen zu orientiren, wie man es von einem „Lehrbuch" voraussetzen muss. Da der Verf. aber eine obligatorische Ausbildung der Aerzte in den Grundlagen der Psychologie, der Psychiatrie und der Psychotherapie fordert und den Hauptwerth auf die practische Erlernung speciell der hypnotischen Technik legt, so ist dieser Mangel nicht allzu hoch anzuschlagen. — Sachlich steht L. auf dem Standpunkt der Schule von Nancy; er anerkennt die Hypnose als einen „werthvollen und durchaus nicht entbehrlichen Zweig der Psychotherapie" und zeigt an einer Reihe sehr lehrreicher Beispiele aus der eigenen Erfahrung, dass durch die hypnotische Suggestivbehandlung Resultate erzielt werden können, die „durch andere psychotherapeutische Einwirkungen überhaupt nicht oder wenigstens nicht in so kurzer Zeit und so bequem" zu erreichen sind. Directe Gefahren hat der Verf. nie beobachtet, dagegen spricht er von „erheblichen Schattenseiten" der Hypnose, denen nach Ansicht des Ref. keine so grosse Bedeutung zuzuschreiben ist, wie es L. thut. Er betont einerseits die grosse Zahl der absolut Refractären, andererseits die Unsicherheit der Wirkungen trotz tiefer Hypnose und wohlausgeprägter Suggestibilität in manchen Fällen: er hat Heilungen durch Wachsuggestion erzielt, wo die Hypnose versagte. Solche Dinge kommen unzweifelhaft vor, doch fallen sie nicht der Hypnose allein zu, denn scheinbare und temporäre Erfolge, Recidive und Verschlimmerungen beobachtet man bei jeder anderen Behandlungsmethode ebenso häufig, wenn nicht häufiger. Ein endgiltiges Urtheil ist auch hierüber noch nicht möglich; dagegen darf man mit Bestimmtheit schon heute sagen, dass die Production neuer Symptome und die Wirkungen von Autosuggestionen und Gegensuggestionen, die Löwenfeld befürchtet, in allen Fällen verhindert und, sofern sie auftreten, suggestiv wieder beseitigt werden können. Der Wirkungskreis der Hypnose ist nach L. ein „ausserordentlich grosser", dagegen ist ihr Indicationskreis wesentlich einzuschränken, mehr als es von Seiten der Specialisten geschieht. L. geht zwar nicht so weit wie v. Schrenck-Notzing, der die Hypnose nur dann für gerechtfertigt hält, wenn alle anderen Mittel durchprobirt sind und versagt haben, aber er hält sie dort für unnöthig, wo wir mit anderen bewährten Mitteln zum Ziele gelangen; sie ist für den Specialisten zwar zulässig, für den practischen Arzt aber völlig entbehrlich. Dieser Auffassung kann sich Ref. rückhaltslos anschliessen.

Für die „Breuer-Freud'sche kathartische Methode, die einer kurzen und treffenden Analyse unterworfen wird, ich L. nicht sehr eingenommen; er kann sich nach seinen Erfahrungen weder den Ansichten der beiden Forscher

über die Aetiologie der Hysterie, Neurasthenie und Zwangsvorstellungen anschliessen. noch auch hat er mit dem sehr mühevollen Verfahren wesentliche Heilerfolge erzielt. Er hält die hypnotische Suggestivbehandlung nicht nur für bequemer, sondern auch für wirksamer.

In ähnlicher Weise spricht er sich über die sog. „Emotionstherapie" aus. Die Erregung peinlicher Affecte, Furcht, Schrecken, Aerger etc. ist bedenklich und kann nachtheilige Folgen haben, die bei der Suggestion nicht vorkommen. Die Erzeugung von Schmerzen (Rosenbach) ist nach seiner Ansicht ebensowenig zu empfehlen; larvirte Suggestionen leisten häufig die gleichen Dienste.

Der V. Abschnitt ist der umfangreichste; er behandelt „die specielle Psychotherapie" an einzelnen Krankheitsfällen und bespricht in erschöpfender Weise die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren, die im allgemeinen Theil geschildert werden, in ihrer Anwendung und Wirkungsweise bei einer grossen Reihe von krankhaften Störungen: bei organischen wie functionellen Erkrankungen des Nervensystems, bei Affectionen des Respirations-, Circulations- und Verdauungstractus, bei Störungen in sexuellem Gebiete, bei Erkrankungen des Harnapparates, bei Intoxicationen, Blutkrankheiten, Muskel- und Gelenkerkrankungen; zum Schlusse behandelt er die Anwendung der Psychotherapie in der Chirurgie, bei Augen- und Ohrenkrankheiten und in der Geburtshilfe.

Obgleich in diesen Ausführungen überall individuelle Auffassungen zu Tage treten, obgleich gerade der Hypnose, gegenüber anderen psychotherapeutischen Verfahren, eine sehr bescheidene Rolle zugewiesen wird, so muss Ref. doch auf eine Kritik von Einzelheiten verzichten. Im Allgemeinen kann dem Verfasser die Anerkennung nicht versagt werden, dass er sich durch strenge Sachlichkeit auszeichnet und auch dort, wo er gegenüber gewissen Veröffentlichungen manchmal zu einem etwas weit gehenden Scepticismus getrieben wird, den objectiven Standpunkt wissenschaftlicher Analyse nicht verlässt. Ganz besonders verdient an diesem Kapitel noch hervorgehoben zu werden, dass der Verf. dort, wo ihm keine eigenen Erfahrungen zu Gebote stehen, oder wo er auf Grund seiner Erfahrungen zu anderen Ansichten gelangt ist, in ausgedehntestem Maasse die Beobachtungen und das Urtheil anderer Autoren heranzieht und so diesen Abschnitt auch für Quellenstudien qualificirt, ein Umstand, der dem Buche doppelten Werth verleiht und dasselbe zu einem dauernd brauchbaren Hilfsmittel psychotherapeutischer Forschung macht.

Prof. Dr. Goldscheider, „Ueber die Behandlung des Schmerzes". Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 3, 4 u. 5.

In enger Anlehnung an eine früher unter dem Titel „Ueber den Schmerz in physiologischer und klinischer Hinsicht" veröffentlichte Untersuchung über das Wesen und die symptomatische Bedeutung der Schmerzen, bringt Verf. mit vorliegender Abhandlung eine ausführliche Darstellung der Schmerztherapie in allen ihren Formen. Da das psychische Moment in der Arbeit überall Erwähnung und innerhalb weiter Grenzen Anerkennung findet, so ist es wohl berechtigt, an dieser Stelle auch die nicht direct in das Gebiet der Psychotherapie gehörigen Methoden zu berücksichtigen.

Was zunächst die Entstehung der Schmerzen betrifft, so hält G. an der schon früher gegebenen Classification fest und unterscheidet folgende drei, aetiologisch zu trennende Schmerz-Categorien:

1. Den echten, sinnlichen Schmerz. Derselbe entsteht aus abnorm intensiven Nervenerregungen der verschiedensten Art, ist jedoch auch von psychischen Einflüssen abhängig und zwar sowohl im Sinne einer Steigerung als einer Abschwächung. Er kann ferner in einen rein psychischen Schmerz übergehen und als sog. „Erinnerungsschmerz“, selbst nach Beseitigung aller pathologischen Reize, selbstständig weiterbestehen.

2. Das Schmerzweh. Dieses ist ein unechter, mittelbarer oder Pseudoschmerz, der allerdings auch wirkliche Nervenerregungen zur Grundlage hat, aber nur unter dem Einflusse innerer, psychischer Vorgänge zur Entwickelung gelangt. Seine Entstehung ist psychologisch so zu erklären, dass gewisse abnorme, an sich unterschmerzliche Sensationen in Folge ihrer langen Dauer oder ihrer ungewohnten Localisation die Aufmerksamkeit des Kranken beständig fesseln und sich dann, in Verbindung mit der durch das Kranksein an sich gesetzten „unlustigen Veränderung des Gemeingefühls“, mit einem schmerzlichen Gefühlston umgeben. Es handelt sich dabei mehr um „lästige, peinigende als eigentlich schmerzhafte Druck- und Spannungsempfindungen“.

3. Der ideelle (ideagene) oder psychische Schmerz; er setzt keine localisirten nervösen Reizungen voraus, sondern entsteht rein psychisch auf dem Boden einer gesteigerten centralen Erregbarkeit, d. h. einer psychischen Hyperästhesie; Vorkommen bei vielen Neurosen, Neuropsychosen und „als Erinnerungsschmerz nach dem Ablauf schmerzhafter localer Leiden und nach Trauma“.

Die Behandlung der Schmerzen ist nach G. eine der vornehmsten Aufgaben des Arztes, denn wir behandeln in dem Schmerz nicht nur ein Krankheitssymptom, sondern in Wahrheit den „inneren leidenden Menschen“ und man kann das Bedauern des Verf. darüber vollkommen theilen, dass diese Seite der Krankheit, die subjective Sphäre des kranken Menschen in der wissenschaftlichen Lehre wie in der ärztlichen Praxis noch nicht hinreichend berücksichtigt und „vielfach noch nicht genügend verstanden werden.“ Er theilt die Schmerztherapie ein in eine causale, eine directe und indirecte.

1. Die causale Behandlung des Schmerzes ist im Princip die rationellste und radicalste, aber da wir einmal in vielen Fällen die Schmerzursache nicht festzustellen vermögen, in anderen Fällen, trotz bekannter Aetiologie, kein erfolgreiches Heilmittel gegen die Grundkrankheit besitzen, so ist diese Form der Therapie eine sehr beschränkte und im Wesentlichen nur von Erfolg bei den secundär bedingten Schmerzen und bei einigen Formen von Neuritis (Intoxicationen). Gerade hier kann man jedoch häufig die Beobachtung machen, dass nach völliger Heilung des krankhaften Processes „ein schmerzhaftes Erinnerungsbild, ein richtiger Erinnerungsschmerz zurückbleibt“, eine Thatsache, die geeignet erscheint, „uns die complicirten psychologischen Beziehungen des Schmerzgefühls zu verrathen.“

2. Die directe Behandlung des Schmerzes, welche die causale Therapie zu ergänzen oder zu ersetzen, hat ist ausserordentlich vielgestaltig und deren Maassnahmen lassen sich nach Goldscheider in fünf Gruppen eintheilen:

a) Mittel, welche den schmerzhaft gesteigerten Erregungszustand der Nerven bezw. des Gehirns herabsetzen. Hierher gehören: Narcotica, Sedativa, Antineuralgica, Hypnotica, Electricität, locale Kälteapplication.

b) Eingriffe, welche durch ableitende Reize, sog. Gegenreize wirken: Vesicantien, Sinapismen, Faradisation.

c) Mittel, welche eine Veränderung der Blutvertheilung bewirken: Hydropathische Proceduren, locale Blutentziehung.

d) Massage und Bewegungstherapie.

e) Maassnahmen, „welche auf die Psyche beruhigend oder ablenkend einwirken", die psychische Behandlung im engeren Sinne: Suggestion und Hypnose.

Verf. anerkennt bei allen den genannten Verfahren, physikalischen wie chemischen, die Bedeutung psychischer Factoren und constatirt, dass überall „directe und psychische Einwirkung eng mit einander verbunden" sind. Er stellt im Einzelnen fest, dass bei der Electrotherapie neben der directen depressorischen, hemmenden Wirkung des electrischen Reizes auf eine schmerzhafte Erregung noch eine zweite Wirkung vorhanden sei, nämlich diejenige „durch Vermittelung der Psyche". Er bestreitet überhaupt jede specifische schmerzlindernde Wirkung der Electricität und bezeichnet die Ansicht gewisser Autoren, dass es auf eine exacte Bemessung der Stromstärke ankomme, als eine Illusion. Das gleiche gilt von den übrigen nach Art der Gegenreize wirksamen Mitteln. Die Wirkung der Massage besteht, nach Ansicht des Verf., hauptsächlich in dem psychischen Einflusse, „welchen die Erregung der sensibeln Nerven und die dadurch erweckten Empfindungen ausüben."

Active und passive Bewegungen, denen Verf. bei den verschiedensten Formen der Neuralgien, sogar bei organischen Erkrankungen der Gelenke eine grosse therapeutische Bedeutung zuschreibt, wirken einerseits causal, andererseits aber in vielen Fällen ausschliesslich psychisch und zwar durch Beseitigung hemmender und ängstlicher Vorstellungen.

Man kann wohl ohne Bedenken bis hierher zu allen Ausführungen des Verf. principiell seine Zustimmung geben; ganz besonders soll noch die Mahnung zu einem eingeschränkten und sehr vorsichtigen Gebrauch von Medicamenten bei der Behandlung von Schmerzen Anerkennung und Billigung erfahren. Dagegen kann Ref. den Ausführungen Goldscheiders über psychische Behandlung im engeren Sinne (Suggestion und Hypnose) nicht beitreten, zumal da sie im Grunde nur auf eine Herabsetzung der Verdienste jener Männer abzielen, denen wir das Verständniss und die Würdigung der hypnotisch-suggestiven Erscheinungen zu danken haben. Die persönlichen Angriffe gegen die heutigen Vertreter der Suggestivbehandlung und die Behauptung, dass die „Suggestionisten" in dem Bestreben, ihren Anschauungen und Methoden in der Praxis Eingang zu verschaffen, nur unlautere Geschäftsspeculationen betreiben, sind beweislos hingeworfene Insinuationen, die sich selbst richten. Der Gegensatz, der sich zwischen der Suggestionslehre und der Schulmedicin herausgebildet hat, ist nicht durch die „Suggestionisten" künstlich herausgebildet worden, wie Goldscheider irrthümlicherweise annimmt, sondern im Gegentheil durch jenen intoleranten und theilweise gehässigen Standpunkt, den die officielle Wissenschaft gegen diese neue Lehre einzunehmen beliebte. Ebensowenig ist es richtig, dass die Hypnotisten ihre Methode als eine eigene Erfindung in Anspruch nehmen; im Gegentheil sie haben immer hervorgehoben, dass die Suggestion und die Hypnose als Potenzen und Erscheinungen so alt sind, wie der Mensch in der Welt; nur die psychologische Erklärung, die practische Ausnutzung und das Verständniss dieser Potenzen, das übrigens heute noch gewissen Kreisen abgeht, war das Verdienst, das sie sich anmaassten und dies mit Recht.

Auch hätte Verf. wissen können, dass schon frühzeitig gegen eine unbe-

rechtigte Verallgemeinerung des Begriffes Suggestion von massgebender Stelle Einspruch erhoben wurde; seine diesbezüglichen Ausfälle bleiben desshalb ebenfalls wirkungslos. Der Mangel einer genügenden Klarstellung, Analyse und Definition dieses Begriffes, den er den „Suggestionisten“ vorwirft, beruht jedenfalls mehr auf Unkenntniss der einschlägigen Literatur als auf Wahrheit. Jedenfalls ist mit „Zurückbeziehung der Suggestion auf die Sensomobilität“, mit der Verf. jene Lücke in der Wissenschaft auszufüllen sucht, das Wesen dieser Erscheinungen nicht erschöpft.

Die wirklich sachlichen Gründe, die Goldscheider gegen den Hypnotismus anzuführen weiss, sind die so oft herbeicitirten und gänzlich veralteten, nur werden sie dadurch noch hinfälliger, dass der Verf. verschiedentlich mit seinen eigenen Worten in Widerspruch geräth; er scheint z. B. übersehen zu haben, dass die gleichen Bedenken der ärztlichen Würde und Wissenschaftlichkeit, die er gegen die „Tiraden und Trics der Suggestionisten“ geltend macht, auch die von ihm anerkannten Methoden, Electrisation etc. treffen. An einer anderen Stelle scheint er in einen scharfen Gegensatz zu treten zu der in der Einleitung scizzirten Auffassung des ärztlichen Wirkens, das in erster Reihe, unbekümmert um Mittel und Wege, ein linderndes sein müsse und zwar, wenn er sagt: „glücklicherweise hilft bei echtem Schmerz die Suggestion herzlich wenig“. Ganz abgesehen von dem inneren Widerspruch, dessen sich der Verf. schuldig macht, bleibt ein solches Wort aus dem Munde eines Arztes immerhin ein Curiosum.

Eine psychische Therapie durch Suggestion hält Goldscheider nur insoweit für zulässig, als keine Illusionen und keine Wahnvorstellungen erzeugt werden: die Einführung der Verbalsuggestion ist dagegen absolut zu verbieten und an seine Stelle hat eine „menschenwürdigere Therapie“ zu treten, die sich aus zwei Factoren zusammensetzt, einmal aus dem würdevollen Auftreten des Arztes und zweitens aus der methodischen Disciplinirung des Kranken, indem wir dessen Willenskraft und Selbstbeherrschung stärken, „statt sie in eine sklavische Abhängigkeit von den Proceduren des Hypnotiseurs zu bringen“. Ref. hegt die Befürchtung, dass die ärztliche Würde, auch wenn sie sich noch so pathetisch gebährdete, ein sehr wenig fruchtbares Heilmittel sein möchte und dass sie nur in jenen ganz ausnahmsweisen Fällen wirken würde, wo auch ohne Dazwischentreten eines wissenschaftlich gebildeten Arztes Heilungen vorkommen. Andererseits gelingt es nur sehr wenigen Menschen, mit Anstrengungen der Willenskraft und durch Selbstbeherrschung gewisse krankhafte Erscheinungen, speciell Schmerzen zu unterdrücken; es dürfte also auch von dieser Form der psychischen Therapie relativ wenig, zum Mindesten weniger als von der hypnotischen und suggestiven zu erwarten sein.

Prof. Dr. *O. Rosenbach:* „Nervöse Zustände und ihre psychische Behandlung“. — Fischer Berlin 1897; 105 S.

Das kleine Bändchen enthält eine Zusammenstellung mehrerer bereits früher unabhängig von einandor in verschiedenen Zeitschriften veröffentlichter Abhandlungen die nunmehr, theilweise umgearbeitet und ergänzt, zwar nicht zu einem systematischen Ganzen, so doch zu einer gewissen Einheitlichkeit zusammengefasst sind.

Verf. ist durchdrungen von der Ueberzeugung einer gründlichen Reformbedürftigkeit der gesammten medicinischen Wissenschaft und er giebt der Hoffnung einer allseitigen Erkenntniss dieser Thatsache und einer gemeinsamen Arbeit aller Ein-

sichtigen an dem angestrebten Reformwerke beredten Ausdruck. Sein Standpunk ist gekennzeichnet durch eine scharfe Opposition gegen jeden Dogmatismus; er wendet sich desshalb gegen alle Extreme, gegen alle Uebertreibungen der alten wie neuen Doctrinen in der Medicin und warnt eindringlichst vor dem, bei dem heutigen Stande unseres Wissens völlig „unwissenschaftlichen Generalisiren und Schematisiren einzelner Erscheinungen."

Das „Band principieller Gesichtspunkte", das die einzelnen monographischen Arbeiten umschliesst, ist ein doppeltes; einmal der Kampf gegen die grob materielle Richtung unserer Medicin, die alle pathologischen wie therapeutischen Phänomene aus rein anatomischen und chemischen Vorgängen erklären will, und zweitens durch die Forderung einer streng individuellen Analyse des psychosomatischen Betriebes, seiner Störungen wie therapeutischen Regulirung in jedem einzelnen Krankheitsfalle. Er ist bestrebt, überall eine strenge Trennung der „rein psychischen Regulationsstörungen" des psychosomatischen Betriebes, die nur auf perverser Willensinnervation bei sonst normalen Individuen beruhen, von den „Anomalien des Processes der Kraftbildung", welche „Störungen in der (somatischen) Sphäre der Automatic und Kraftbildung" bedingen und Insufficienz der Organe nach sich ziehen, durchzuführen. Nach diesem Princip nimmt er eine Neutheilung der grossen Gruppe functioneller Erkrankungen vor und auf diese grundsätzliche Scheidung hat jede rationelle Therapie Rücksicht zu nehmen; eine psychische Behandlung kann, nach Ansicht des Verf., nur bei jener Gruppe von Krankheiten erfolgreich sein, „deren gemeinsame Wurzel im Gebiete der Vorstellung resp. des Willens liegt", während bei organischer Schwäche, bei mangelnder Energetik andere Methoden zur Anwendung gelangen müssen denn „Kraft schaffen kann die psychische Beinflussung, d. h. die bewusste Vorstellung oder der Willensakt, nicht; sie kann nur zweckmässig reguliren".

Im Einzelnen bieten die Ausführungen Rosenbachs sehr viel Interessantes und es wäre zu wünschen, dass sie einen recht zahlreichen Leserkreis erhielten. Obwohl sie zu kritischen Erörterungen reichlich Anlass geben, muss sich das Referat doch auf eine kurze Besprechung des Gedankenganges beschränken.

1. „Ein häufig vorkommendes Symptom der Neurasthenie. (Mangelhafte Fähigkeit, die Augen auf Befehl fest zu schliessen)".

Verf. hat die Beobachtung gemacht, dass an schwerer Nervosität oder Neurasthenie Leidende bei der ärztlichen Untersuchung entweder nur mit grosser Anstrengung und auf wiederholte Aufforderung oder überhaupt nicht im Stande sind, die Augen fest und dauernd zu schliessen. Als constante Thatsache hat er ferner gesehen, dass selbst bei eintretendem Augenschluss eine Innervation des Orbicularis unterbleibt, was aus der mangelnden Runzelung der Lider zu erschliessen ist. Diese Symptome konnte Verf. bei organischen Nervenleiden, sogar bei den mit Ataxie verbundenen, niemals nachweisen.

Nach Analogie des von Moebius beschriebenen Symptoms der Insufficienz der Convergenz der Augenmuskeln, das bei vielen functionellen und auch bei organischen Erkrankungen des Nervensystems vorkommt, glaubt Ref. jenes Phänomen auf Innervations- resp. Willensschwäche zurückführen zu können, d. h. auf die der Neurasthenie eigenthümliche nervöse Erschöpfbarkeit, auf die Unfähigkeit, kräftige und langdauernde Bewegungsimpulse zu produciren. Dazu kommen als Hilfsmomente die hochgradige Aengstlichkeit und die leichte Ermüdung Neurasthenischer.

Auf Grund langjähriger Beobachtungen gelangt nun Rosenbach zu dem Schlusse, dass die genannte Erscheinung, die erst jüngst durch Bannas eine Bestätigung erfahren hat, als ein Sympton musculärer resp. nervöser Schwäche für die Diagnose der Neurasthenie und schwerer Nervosität sehr werthvoll sei und dass es gerade für die Differenzirung der Anfangsstadien organischer Affectionen des Nervensystems von der einfachen reizbaren Schwäche ausschlaggebend sein könne.

Als einzig rationelle Therapie empfiehlt Verf. die „methodische Disciplinirung des Geistes und des Körpers."

Bevor man zu einem definitiven Urtheil über das genannte Phänomen, das bisher merkwürdigerweise der Beobachtung der Neurologen und Psychiater entgangen ist, gelangen kann, wird eine vorurteilsfreie Nachprüfung desselben notwendig sein.

2. Ueber die auf myopathischer Basis beruhende Form der Migräne und über myopathische Cardialgie".

Gegenüber dem immer wieder auftauchenden, aber nach Ansicht des Verf. aussichtslosen Bestreben, für die Migräne in allen ihren Formen ein einheitliches Erklärungsprincip zu finden, sei es nun, indem man die verschiedenen Typen als Ausdruck einer speciellen Nervenläsion, einer Sympathicus- oder Trigeminusaffection auffasst, oder indem man sie als ein Allgemeinleiden unter die Constitutionskrankheiten, zur Epilepsie etc. zu gruppiren versucht, hält Rosenbach an der Ansicht fest, „dass die Migräne ein vielgestaltiges, die verschiedensten Gebiete betheiligendes und weder in allen Fällen causal ein gleichartiges noch gleichwerthiges Leiden ist."

Er verweist auf die pathogenetische Beziehung gewisser Migräneformen zu Affectionen der Nasenschleimhaut und der Zähne, deren Evidenz aus dem unzweifelhaften Effecte der causal wirkenden topischen Therapie hervorgeht und stellt dazu die von ihm beobachtete unter dem typischen Anfalle verlaufende sog. myopathische Migräne" in Parallele, die bei prädisponirten Individuen nach verschiedenen Gelegenheitsursachen: körperlichen oder geistigen Anstrengungen, Alkoholismus, Erkältung, verkürzten Nachtschlaf, eintritt und als eine „directe mechanische Schädigung des Muskels" aufzufassen ist. Da die Schmerzhaftigkeit nicht streng auf die Stirn localisirt, sondern meist auf Hinterhaupt, Nackengegend und Schulter ausgedehnt ist, da ferner häufig eine Reihe sog. „nervöser" Beschwerden damit verbunden ist, wie Cardialgieen, Kreuzschmerzen, rheumatische Gliederschmerzen, so neigt Verf. der Ansicht zu, dass hier eine Anomalie der Gesammtmuskulatur vorliege, im Sinne einer Disposition, „nach leichten Schädlichkeiten in einer mehr oder weniger schmerzhaften Weise afficirt zu werden." Er nennt dies eine rein functionelle Myalgie, zu der auch die unter dem Bilde eines Magenleidens verlaufenden Myopathien der Bauch- und Rückenmuskeln, sowie ferner manche der „specifischen Neuralgien" bei Diabetes, Nephritis etc. zu rechnen seien.

Die Diagnose aller dieser Fälle und auch der myopathischen Hemicranie wird durch die Erfolge therapeutischer Eingriffe gesichert, die nur darauf gerichtet sein müssen, „die betheiligten Partien in lebhafter Weise mechanisch zu beeinflussen". Es kommt also Massage, Faradisation und, besonders bei der Cardialgie, vorsichtige Gymnastik in Betracht.

Referent muss gestehen, dass ihm die Genese dieser functionellen Myalgien aus mechanischen Insulten nicht ganz verständlich geworden ist, ebensowenig wie deren Heilung durch mechanische, theilweise selbst schmerzhafte Eingriffe. Noch un-

verständlicher aber bleibt es, dass Verf. mit keinem Worte die Möglichkeit einer psychisch-suggestiven Heilwirkung bei diesen „rein functionellen Myalgien" erwähnt.

3. „Ueber nervösen Husten und seine Behandlung".

Diese per exclusionem und ex juvantibus als rein nervös zu diagnosticirende Affection hat ihre Entstehungsursache immer in einer katarrhalischen Erkrankung der Luftwege; sie besteht ihrem Wesen nach hauptsächlich in einer Leitungshyperästhesie, d. h. in einem Zustand gesteigerter Erregbarkeit in den den Hustenreflex vermittelnden Bahnen. Diese erhöhte Reflexerregbarkeit genügt jedoch nach Ansicht des nicht, Verf. sondern es bedarf noch einer Betheiligung des Centralorganes zum Zustandekommen eines nervösen Hustens und zwar einer erhöhten Perceptionsfähigkeit des Centralorgans neben einer verminderten Hemmungsfähigkeit des Willens.

Angesichts der Erfolglosigkeit der gewöhnlichen therapeutischen Verfahren, localer wie allgemeiner, empfiehlt R. ausschliesslich Psychotherapie, die darauf hinwirken muss, „dass der Patient seine Ueberempfindlichkeit und den dadurch bedingten Hustenreiz nach Kräften zu unterdrücken sich bestrebe". R. hat viele Fälle, die allen bekannten Manipulationen gedroht haben, auf psychischem Wege, durch geistige Gymnastik dauernd geheilt. Bei Kindern kommt die Drohung mit schmerzhaften Eingriffen oder der faradische Pinsel in Betracht; bei Erwachsenen, bei denen Schmerzwirkungen völlig erfolglos sind, muss man ein combinirtes Verfahren anwenden, das in Aufklärung mit Stärkung des Willens und in Lungengymnastik besteht.

Da Verf. als Begleiterscheinungen der beschriebenen Affection häufig materielle Veränderungen an den Lungen und an den Schleimhäuten des Rachens, der Trachea und des Larynx gefunden hat, so kann doch, nach Ansicht des Ref., die Möglichkeit einer Verwechselung von Ursache und Wirkung in manchen Fällen nicht gänzlich von der Hand gewiesen werden.

4. „Ueber hysterisches Luftschlucken. Rülpsen und respiratorisches Plätschern im Magen".

Verf. beschreibt eine Reihe anormaler Luftbewegungen im Verdauungstractus, die als ein Uebermaass motorischer Leistungen bei gleichzeitig bestehender Schwäche des Willens aufzufassen sind und auf eine gemeinsame ätiologische Quelle hinweisen, die man in hysterischer Prädisposition zu suchen hat. Wie alle Aeusserungen der Hysterie nur durch psychische Behandlung zur Heilung gebracht werden können, so müssen auch hier alle Mittel darauf abzielen, die in preverser Richtung arbeitenden Organe dem Willen zu unterwerfen, „mag man sie nun Suggestion oder Erziehung zu einem zweckmässigen Gebrauche der Apparate nennen."

Die Abneigung des Verf. gegen jede hypnotische Therapie tritt in diesem Falle recht deutlich zu Tage. Obgleich er zugesteht, dass Fälle wie die geschilderten „natürlich auch ein denkbares Object für die Hypnose abgeben", so hat er doch stets auf diese verzichtet, da er durch eine erziehliche, „auf die Pathogenese des Leidens begründete", Behandlungsmethode in verhältnissmässig kurzer Zeit stets „recht erfreuliche Resultate" erzielt hat. Bei „grosser Hartnäckigkeit" musste er allerdings eine Entfernung der Kranken aus ihrer gewohnten Umgebung veranlassen.

Es will nun doch scheinen, als ob die grosse Hartnäckigkeit einer Krankheit sich mit den in verhältnissmässig kurzer Zeit erlangten recht erfreulichen Resul-

taten der Behandlung nicht recht vereinbaren lasse, und vielleicht wäre es im Interesse der Patienten gewesen, wenn Prof. Rosenbach sein auf Voreingenommenheit beruhendes Princip einmal übertreten und mit der Hypnose einen Versuch gemacht hätte, bevor er zu einem Wechsel des Aufenthalts seine Zuflucht nehmen musste.

5. „Ueber functionelle Stimmlähmung" (Lähmung der Lautsprache).

Nach Analogie der vielgestaltigen, aber ihrem Wesen nach einheitlichen Combinationen von hysterischen Lähmungen, Krampfzuständen und Coordinationsstörungen sucht Verf. auch für die verschiedenen Formen der hysterischen Sprachstörungen einen gemeinsamen ätiologischen Ausdruck und eine einheitliche Erklärung. Er weist nach, dass alle diese Anomalien der Sprache, mögen sie spastischen oder paretischen Zuständen entsprechen, trotz der Mannigfaltigkeit der klinischen Bilder immer auf ein und denselben Mechanismus zurückgeführt werden können. Da die Stimme nur beim articulirten Sprechen fehlt, nicht aber beim Husten und Räuspern, da ausserdem alle zur Stimmbildung nöthigen Apparate intact sind, so kann es sich nur um eine functionelle Störung handeln und diese besteht in einer perversen, centralen oder peripheren Innervation.

Die paretische Form der Stimmlähmung besteht in einem völligen Fehlen oder in einer Schwäche der Willensanstösse. Rosenbach unterscheidet drei klinische Formen. Die gewöhnliche Ursache für die Entwickelung dieses Zustandes ist eine psychische Erregung.

Die spastische oder hyperkinetische Form beruht darin, dass quantitativ verstärkte Innervationsimpulse in falsche Bahnen gelangen und active perverse Muskelwirkungen (Spasmen) verursachen. Bei jedem Versuch der Stimmbildung tritt eine kräftige Innervation antagonistisch wirkender Muskeln ein.

Die Therapie ist eine rein psychische, eine dem Wesen der fehlerhaften Innervation angepasste Unterweisung im richtigen Gebrauch der Organe. Alle anderen Verfahren wirken nur zufällig.

6. „Ueber psychische Therapie innerer Krankheiten".

Die Tendenz dieses Aufsatzes, der zuerst in den 1890 erschienenen „Grundlagen, Aufgaben und Grenzen der Therapie" veröffentlicht wurde, ist durch die vorstehenden Referate genügend gekennzeichnet, es soll deshalb nur noch ein Gesammtresumé des Inhaltes gegeben werden.

Verf. schränkt die Bedeutung und Wirksamkeit der psychischen Therapie ausschliesslich auf die durch Vorstellungen entstandenen Krankheiten ein. Innerhalb dieses engen Wirkungskreises unterscheidet er 2 psychotherapeutische Verfahren: 1. die reine Form der Suggestion und 2. die „mehr erziehlich wirkende Behandlung".

Was zunächst die letztere betrifft, so besteht dieselbe darin, dass eine fehlerhafte, „auf unrichtigen Vorstellungen beruhende Innervation durch methodische Belehrung, durch Uebung der pervers agirenden Muskeln, durch Kräftigung des Willens und der Widerstandskraft in richtige Bahnen gelenkt" wird; es wird dabei durch Apell an den Intellect eine Veränderung des Vorstellungsinhaltes erstrebt; die selbstthätige Mitwirkung des Patienten ist der alle anderen Methoden weit überragende Vorzug dieses Verfahrens, da der Kranke stets in der Lage ist, sich selbst zu controliren.

Eine Modification wendet Verf. bei Kindern und Ungebildeten an oder dort, wo Vorurtheile gegen eine Aufklärung sprechen. Es soll hiebei durch starke Eindrücke schmerzlicher oder unangenehmer Natur auf das Vorstellungsleben der Kranken eingewirkt werden; dies erreicht R. durch den faradischen Pinsel oder durch Entfernung aus der Familie.

Den weiten Haupttypus der psychischen Behandlung, die reine Suggestion und die Hypnose verwirft Rosenbach vollständig, denn einmal ist die hypnotisch suggestive Therapie nur ein specieller Fall der Psychotherapie, kann also nur in einer bestimmten, streng auserwählenden Zahl von Krankheiten zur Anwendung kommen und zweitens wirkt sie dort, wo sie angewandt und als Specificum hingestellt werde, „nicht mehr und nicht besser als andere von keinem mystischen Schimmer umgebene Maassnahmen der psychischen Behandlung". Um die Skizzirung des Standpunkts der Verf. zu vervollkommnen, sei noch darauf hingewiesen, dass er jede psychische Beeinflussung von organischen Leiden, sowohl von Krankheitsgefühlen als von Schwächesymptomen in Abrede stellt, denn „die organische Störung der Function lässt sich eben nicht durch Vorstellungen beseitigen". Verf. geht soweit zu behaupten, „dass man berechtigt ist, in jedem Falle, in dem ein begründeter Zweifel besteht, ob blos ein functionelles (hysterisches) Leiden vorliegt, den guten Erfolg der psychischen Therapie als sicheres Zeichen dafür anzusehen, dass das vorliegende Leiden benigner Natur ist".

Die zwei weiteren Abhandlungen:

„Der Mechanismus des Schlafes und die therapeutische Bedeutung der Hypnose" und

„Bemerkungen zur Methodik der Prüfung von Schlafmitteln" enthalten nichts, was nicht schon früher inhaltlich erwähnt worden wäre.

Eine detailirte Kritik der Ansichten Rosenbachs würde zu weit führen. Im Allgemeinen bekommt man den Eindruck, als ob Verf., so sehr er sich gegen den Dogmatismus in der Medicin ausspricht, gerade durch ein für ihn unumstösslich feststehendes Princip und durch vorgefasste Meinungen sich gegenüber alltäglichen Erfahrungen die Klarheit seines Urtheils trüben lässt.

Prof. O. Rosenbach, „Die Emotionsdyspepsie". Berliner klinische Wochenschrift 1897, Nr. 4 und 5.

Diese kleine Abhandlung bewegt sich in den gleichen Gedankengängen wie die vorher besprochenen Arbeiten des Verf. Sie wendet sich gegen die in den Fesseln der pathologischen Anatomie erstarrte Diagnostik und die aus derselben hervorgehende rein symptomatische Therapie. Gegenüber der übermässigen Ausbildung der Phänomenologie weist Rosenbach auf die Erfahrung hin, „dass weder auf dem Gebiete der Verdauungskrankheiten noch auf anderen Gebieten die Feststellung einer Anomalie in der Function eines Organes mit der Erkenntniss des Wesens der Erkrankung identificirt werden oder den richtigen Weg zur Therapie weisen kann". Es kommt, so führt er aus, speciell bei den Erkrankungen des Verdauungstractus weniger darauf an, durch subtilste Untersuchungsmethoden die Störungen in den Einzelfunctionen der Organe festzustellen und diese mechanischen, chemischen, sensibeln und motorischen Anomalien der Verdauung, die nur der äussere Ausdruck einer gewissen Störung des Processes der inneren (wesentlichen) Gewebs- oder tonischen Arbeit sind, einzeln und durch specifische

Mittel, durch Alkalien, Säuren, Pepton, Ptyalin, Opium, Laxantien, durch physikalische Mittel etc. in Angriff zu nehmen, sondern unser Bestreben muss vielmehr darauf gerichtet sein, „den wirklichen (primären) aetiologischen Momenten nachzuspüren“, die Mannigfaltigkeit der Symptome, mögen sie auch noch so wechselnd sein, unter einen aetiologischen Gesichtspunkt zu bringen, auf eine einheitliche Ursache zurückzuführen und hier „den Hebel prophylaktischer und therapeutischer Maassnahmen“ anzusetzen. — Ein von dem Verf. häufig beobachteter Symptomcomplex hat nun durch die Constanz seiner Erscheinungen und seines Verlaufes sowie durch eine stets nachweisbare bestimmte unmittelbare Ursache den Anlass dazu gegeben, ein aetiologisch einheitliches Krankheitsbild unter dem Begriff der „Emotionsdyspepsie“ zusammenzufassen. Diese Erkrankung, die je nach der diagnostischen Auffassung des Arztes oder nach dem zufälligen Hervortreten eines Symptoms, „als nervöse Dyspepsie ohne jeden Verdauungsbefund, als Neurasthenia dyspeptica nach Ewald, als temporäre Insufficienz (Rosenbach), als Dilatation, als nervöse Kolik, als saure Dyspepsie, als galliges Erbrechen, als Darmatonie gedeutet werden“ kann, hat ein allen Fällen gemeinsames und wesentliches Merkmal, nämlich die Entstehung aus einer „länger dauernden Gemüthsaufregung oder aus einer heftigen acuten Emotion“. Die Krankheitsäusserungen sind ebenso mannigfaltig als schwankende, lassen jedoch überall dyspeptische Beschwerden in den Vordergrund treten, denen eine objectiv nachweisbare Gewebsveränderung nicht zu Grunde liegt. Zu den anfänglich vorwiegend subjectiven Erscheinungen gesellen sich im späteren Verlaufe und bei Vernachlässigung die objectiven Erscheinungen gestörter und veränderter Motilität und Secretion (Speichelsecretion, Säurebildung und Peristaltik); unter dem Einflusse widerspruchsvoller ärztlicher Diagnosen und stetig wechselnder therapeutischer Eingriffe können sich die schlimmsten, Kachexie ähnlichen Zustände ausbilden, wie man sie sonst nur bei organischen Magenleiden sieht.

Ohne die Beobachtungen des Verf. in Zweifel zu ziehen, muss doch auf die Möglichkeit hingewiesen werden, dass es sich in manchen Fällen um einen acuten Ausbruch allgemeiner Neurasthenie, einen acuten Erschöpfungszustand, handelt; vor Allem hat es den Anschein, als ob jene schweren chronischen Fälle mit ihrer Unsumme von Beschwerden — allgemeine Schwäche, Abmagerung, Perioden von Appetitlosigkeit abwechselnd mit Heisshunger, süssiger oder pappiger Geschmack, Koliken, Eingenommenheit des Kopfes, Schwindel, Unregelmässigkeit des Stuhlganges, Sensationen in der Herzgegend, Herzklopfen, Arythmie, melancholische Stimmung — mit der hypochondrischen Form chronischer Neurasthenie sich decken.

Ferner ist es, m. E., unbedingt nothwendig, für die Entstehung der geschilderten Zustände eine schwere nervöse Disposition anzunehmen, die Verf., im Widerspruch mit sich selbst, an einer Stelle zugiebt, an einer anderen in Abrede stellt.

Die physiologische Erklärung der Gesammtheit der krankhaften Erscheinungen sucht Rosenbach in einer auf Shok beruhenden „allgemeinen Veränderung des nervösen (secretorischen und motorischen) tonischen Einflusses“, die sich in dreifacher Weise äussert, einmal als gesteigerte Erregbarkeit der Leitung, dann als Hyperästhesie der Perceptionsorgane und schliesslich in einer „Unregelmässigkeit der für die einzelnen Phasen der Thätigkeit nothwendigen nervösen Impulse“.

Therapeutisch empfiehlt Rosenbach neben einer symptomatischen Behandlung mit Opium, Cognak und gewissen psychisch wirkenden localen Eingriffen

(auch die Magenpumpe ist, nach Ansicht des Verf. „in der Mehrzahl der Fälle nur eins der vielen psychsich wirkenden [suggestiven] Mittel") in der Hauptsache eine „Verdauungsgymnastik", die nach 2—3tägiger Abstinenz fast ausschliesslich in ihr Recht tritt und hauptsächlich in einer Abhärtung des Magens und Stärkung seiner Function durch allmähliche Rückkehr zum gewöhnlichen Verhalten und zu normaler Lebensweise besteht. Diese Behandlungsweise führt Rosenbach mit Strenge und wo es Noth thut, trotz Verschlechterung des Allgemeinbefindens und trotz Abmagerung, unter Anwendung von Zwang durch. Eine andere Form der Suggestivtherapie, im Sinne der Verbalsuggestion oder der Hypnose, hält Verf. auch hier nicht für zulässig.

Rosenbach, Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung. Wien und Leipzig 1893—97.

Nur in aller Kürze sei noch darauf hingewiesen, dass Rosenbach auch in diesem umfangreichen Werke den oben skizzirten Standpunkt zur Geltung bringt. Er verweist auf die Haltlosigkeit der empirisch anatomischen und experimentellen Grundlagen der Herzpathologie und nimmt auf Grund einer dynamischen Auffassung der Herzthätigkeit und ihrer krankhaften Aeusserungen eine von allen alten Ueberlieferungen abweichende Neueintheilung der Herzkrankheiten vor. Die functionelle Diagnostik und nicht die Erforschung des anatomischen Herzbefundes ist unsere Hauptaufgabe und der Ausgangspunkt für unsere Therapie.

Eine eingehende Darstellung haben die nervösen Störungen des Herzens und deren Behandlung, über die dem Verf. reiche Erfahrungen zu Gebote stehen, gefunden. Der Nachweis zwischen gewissen nervösen Herzerscheinungen und Erkrankungen des Magens verdient ein besonderes Interesse.

Prof. Kisch, „Ueber eine bei Officieren beobachtete Form nervöser Herzbeschwerden" (Dt. klin. Wochenschr. 97 Nr. 5).

Verf. bespricht die von Rosenbach zuerst als Neurasthenia vasomotoria cordis bezeichnete nervöse Herzaffection, die auch von anderen Autoren beobachtet und beschrieben wurde (Nothnagel, Ueber paroxysmelle Tachycordie; Dehio, Ueber nervöses Herzklopfen; Leber, Ueber Neurasthenia cordis). Dieselbe besteht „in unbestimmten Anfällen mit beschleunigter Herzaction und gleichzeitiger Verminderung des Gefässtonus" . . . „mit psychischer Depression und nachhaltig ungünstiger Beeinflussung des Gesammternährungszustandes". Sie setzt nach gesteigerten psychischen Anforderungen (Vorbereitungen zum Manöver etc.) acut ein und führt rasch zum körperlichen Verfall des Kranken. Da, abgesehen von dem stark verminderten Gefässtonus, eine materielle Organveränderung der Circulationsapparate nicht nachzuweisen ist, so handelt es sich nur „um eine in Folge andauernder hochgradiger Anspannung der psychischen Thätigkeit entstandene Functionsstörung des Herzens", und zwar nach Ansicht des Verf. „um eine vorübergehende Parese des Hemmungscentrums des Herzens, wie des vasomotorischen Centrums".

Therapeutisch empfiehlt Verf. die psychische Beeinflussung durch den Arzt, die sich gegen die schweren Depressionszustände zu richten hat und ausserdem eine Art von Willensgymnastik darstellt. Neben hygienischen und diätetischen Maassnahmen kommen Reizmittel in Betracht. Prophylaktisch räth Verf. den

Kranken, stets Cognak bei sich zu tragen, „um im Bedarfsfalle gleich einen herzhaften Schluck zu thun“.

Es ist doch fraglich, ob durch diese Maassregel, die Rosenbach auch als Prophylakticum gegen seine „Emotionsdyspepsie“ anwendet, in Laienkreisen nicht mehr Unheil als Gutes angestiftet wird; es ist gerade zu befürchten, dass der im Volke so tief gewurzelte Unfug, jedes leichte Unwohlsein mit einem „herzhaften Schluck Cognak“ zu bekämpfen, durch solche ärztliche Vorschriften noch weitere Ausbreitung erfahren könnte, deren Folgen leicht abzusehen sind.

Schech, „Ueber nervösen Husten“. Ueber dieses Thema hat, nach einem Bericht der Berlin. klin. Wochenschrift 1897, Nr. 13, Prof. Schech im Aerzteverein in München einen Vortrag gehalten und dabei die Ansicht ausgesprochen, dass ein nervöser Husten von den verschiedensten Organen (Gehirn, Rückenmark, Sinnesorgane, äussere Haut, Ohr, Uterus, Magen und Darm) ausgelöst werden kann. Die Diagnose wird aus dem Mangel jeglicher materieller Veränderungen gesichert.

Eine locale Therapie ist erfolglos und Narcotica haben sich nach seinen Erfahrungen als direct gefährlich herausgestellt. An deren Stelle tritt besonders bei Kindern eine moralische und psychische Behandlung.

Dr. *Gyurkovechky*, „Pathologie und Therapie der männlichen Impotenz“ 1897.

Verf. bedauert, dass dieses Gebiet der Medicin theoretisch wie practisch so wenig Fortschritte gemacht habe und bezeichnet als einzige Bereicherung der Therapie bei Impotenz die Suspensionsbehandlung. Die Hypnose ist nach seiner Ansicht „ein manchmal recht gut wirkendes Mittel“.

Diesen Ausführungen nach zu schliessen, scheint Verf. den Mittheilungen v. Schrenck-Notzings über das behandelte Thema nicht die nöthige Beachtung geschenkt zu haben.

Erb, Die Therapie der Tabes. Volkmanns Sammlung. No. 150. 1896.

Die psychische Behandlung organischer Nervenleiden hat in jüngster Zeit von Seiten der Kliniker ebenfalls mehr Anerkennung gefunden als früher: Nach Erb ist die psychische Behandlung der Tabischen von „hervorragender Wichtigkeit“. Durch allgemeine psychotherapeutische Maassnahme kann man „manchem Kranken sein schweres Leben erträglicher machen.“ Erb lässt jedoch auch die directe Suggestion zu und schreibt: „in diesem Sinne ist auch der Suggestivtherapie — in jeder erlaubten Form — eine gewisse Bedeutung bei Tabes zuzuerkennen.“

Ueber die Grenzen des Erlaubten äussert sich Verf. nicht näher.

Ref. möchte gleichzeitig hervorheben, dass Prof. Jolly durch suggestive Maassnahmen bei Tabischen sehr günstige Erfolge erzielt hat, wie er in seinen klinischen Demonstrationen wiederholt ausführte.

Prof. Klemperer, „Ueber Nierenblutungen bei gesunden Nieren“.

Verf. erinnert zunächst an die schnell vorübergehenden Nierenblutungen nach Ueberanstrengungen, an die Hämaturie bei hämorrhagischer Diathese und kommt dann auf eine Form von Blutungen aus gesunden Nieren zu sprechen, die er als

„angioneurotische Hämaturie" bezeichnet und die er in 2 Fällen an der I. med. Klinik der Charité beobachtete. Die Diagnose ergiebt sich aus dem Fehlen jeder organischen Veränderung der Nierengefässe und Harnkanäle nach der Exstirpation des Organes und an dem Harnbefunde, der keine nephritischen Bestandteile aufweist; sie wird noch gesichert durch den Nachweis allgemein neurasthenischer Symptome und durch suggestive Heilwirkungen z. B. pseudochirurgische Eingriffe.

Diese neuropathischen Blutungen können nur durch Nerveneinflüsse erklärt werden und zwar entweder nach Brown-Séquard und Ebstein durch Erregung der vasomotorischen Nerven oder nach Vulpian durch Lähmung der vasomotorischen Centren.

Veranlasst durch die Thatsache, dass profuse Blutungen aus gesunden Organen bei Hysterie und andere rein nervöse Blutungen, auch die Blutungen der Hämophilen, sich einer psychischen Beeinflussung zugänglich erwiesen haben, stützt Verf. seine Therapie bei der angioneurotischen Nierenblutung ebenfalls auf Suggestion und hat mit Scheinoperationen (Nadeln, Schnitte) glänzende Erfolge erzielt.

Bei jenen Formen, die mit starken Schmerzanfällen einhergehen und Nierensteinkoliken vortäuschen, empfiehlt er neben Bettruhe und Milchdiät nur psychische suggestive Einwirkungen und zwar hydriatische Proceduren, locale Electrisation etc.

Es ist zu verwundern, dass Verf. keinen Versuch mit hypnotischen Suggestionen gemacht hat, obgleich er jenen Fall hervorhebt, in dem Cohen bei einer Hysterica eine seit 25 Jahren bestehende Hämoptoe, durch Hypnose geheilt hat. (Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. pg. 182.)

Dass selbst schwere operative Eingriffe eine zielbewusste methodische Psychotherapie nie an Wirksamkeit erreichen, ist an vielen Beispielen in der Literatur bewiesen, wo eine langjährige operative Localbehandlung erfolglos blieb, während durch directe psychische Behandlung rasch Heilung erzielt wurde. Es braucht nur an die Jahre lang geübte, so wenig ruhmreiche Castration bei Hysterischen erinnert zu werden. Treubel theilt neuerdings einen Fall mit, wo eine an nervösem Husten leidende Hysterica trotz specialistischer Behandlung in Hals und Nase und trotz Laparatomie durch Hegar nicht gesund wurde, während eine einfache psychische Behandlung mit Respirationsübungen erfolgreich war. (Citirt nach Löwenfeld pg. 223.)

Das Vorurtheil scheint in gewissen Kreisen eben immer noch stärker zu sein als die Wucht der Thatsachen, und lieber greift man zu chirurgischen Mitteln, die doch auch nichts anderes sind als eine „Mystification" und fügt den Kranken eine dauernde körperliche Schädigung zu, als dass man sich bei geeigneten Fällen vorbehaltlos zu einer neuen Methode bekennt, die allerdings von Anfang an in Acht und Bann erklärt wurde. Brodmann.

Frenkel, Ergebnisse und Grundsätze der Uebungstherapie bei der tabischen Ataxie. Sonderabdruck aus der „Deutschen Medicinischen Wochenschrift". 1896. Nr. 51. 10 S.

Verf. berichtet in dem vorliegenden Aufsatz über eine Methode, die er seiner Zeit ausgebildet und seit 6 Jahren angewandt hat. Die „Uebungstherapie" oder „Compensationstherapie" Leyden's besteht darin, dass der Patient Bewegungen, an deren Ausführung er zur Zeit durch seine tabische Ataxie gehindert ist, durch

Uebungen wieder erlernt und sich so der die Ataxie hervorrufenden Ursache anpasst. Indem diese Therapie auf eine Wiedergewinnung verloren gegangener Coordinationen abzielt, unterscheidet sie sich von einer der Hebung der Muskelkraft dienenden activen und passiven Gymnastik.

Verf. hat vollständiges Verschwinden sogar schwerster Ataxie gesehen. Verf. hat ferner da, wo kein Fortschreiten des organischen Krankheitsprocesses stattfand, bis zu 4 Jahren seit der Behandlung keinen Rückschritt in dem Befinden eintreten sehen.

Als Contraindicationen seiner Therapie bezeichnet Verf.

1. die acut oder subacut einsetzende Ataxie mit starken Reizerscheinungen,
2. die Formen der Tabes, die von den Symptomen der spinalen Meningitis beherrscht werden.

Zur Vorsicht mahnen:

1. Herzfehler,
2. Arthropathieen.

Besonders geachtet werden muss vor Uebermüdung, da bei den Tabikern eine Herabsetzung der Erregbarkeit des „Ermüdungsgefühls" fast immer vorhanden ist.

Ref. möchte zum Schluss auf einen Punkt aufmerksam machen. Auf Grund von Besserungen, die er nach Apoplexien noch dann in jenem hypnotischen Bewusstseinszustand, den er als ein eingeengtes Wachsein bezeichnet, durch die gleichen Uebungen erzielte, die im normalen Wachsein keine weitere Besserung zur Folge hatte, glaubt Ref., dass die Frenkel'sche Uebungstherapie noch schneller und gleichzeitig bessere Resultate erzielen würde, wenn man sie im suggestiv eingeengten Bewusstsein ausführte. O. Vogt.

Bernheim, Die Suggestion und ihre Heilwirkung. 2. deutsche Auflage, besorgt von Dr. M. Kahane. Leipzig und Wien. Denticke. 1896.

Wir wollen unsere Leser darauf aufmerksam machen, dass uns von der klassischen Arbeit Bernheim's die erste Hälfte in einer 2. deutschen Auflage vorliegt. Dieselbe ist nach der letzten französischen Auflage revidirt und im Einverständniss mit Bernheim um jene Kapitel verkürzt, in denen nur Kranken- und Heilungsgeschichten enthalten waren. Wenn Freud in seinem Vorwort die „Suggestion" noch als ein „pathologisches psychisches Phänomen" bezeichnet, so habe ich mich schon an anderer Stelle gegen diesen — wohl nur unglücklich gewählten, aber leicht Missverständnisse veranlassenden — Ausdruck gewandt.

Wir wünschen selbstverständlich dieser neuen Auflage die weiteste Verbreitung.

O. Vogt.

Hypnotischer oder hysterischer Somnambulismus?

Von

L. Loewenfeld, München.

In Heft 5 Band V der „Zeitschrift für Hypnotismus etc.“ hat College Brügelmann eine Beobachtung mitgetheilt, welche in mehrfacher Hinsicht von Interesse ist. Es handelt sich um ein hysterisches, sehr verzogenes Mädchen, bei welchem im Gefolge von Hypnotisirungsversuchen jedesmal eine auffällige Characterveränderung eintrat. Die in ihrem Normalzustande gesittete und sich tadellos benehmende Patientin wird, wie Dr. Brügelmann berichtet, geradezu ein Kobold, welcher mit Armen und Beinen um sich schlägt, alles zerreisst, was ihm in die Hände kommt, genau das Gegentheil von dem thut, was ihm suggestiv aufgegeben wird etc., und dabei eine hochgradige sexuelle Erregung kundgiebt. B. deutet diesen Zustand, weil derselbe durch die gewöhnlich zu Zwecken der Hypnotisirung angewandten Proceduren herbeigeführt wurde, als Hypnose, allerdings als eine Hypnose ganz eigener Gestaltung, auf welche er unter hunderten von hypnotischen Sitzungen sonst niemals stiess. Er glaubt auch, dass seine Beobachtung ganz vereinzelt dastehe. — „Mir ist kein Fall aus der Literatur bekannt“, bemerkt er, „in welchem auf künstlich erzeugten Somnambulismus spontan Associationscomplexe ausgelöst werden, welche sogar durch zielbewusste Contresuggestion nicht zum Verschwinden zu bringen sind; sie stellen ein Spiegelbild des augenblicklichen Gemüthslebens dar. Es muss also angenommen werden, entgegen aller bisherigen Vorstellungen, dass das Gemüthsleben eventuell so hochgradig entwickelt sein kann, dass selbst ein vollkommener Somnambulismus dessen tiefste Spuren auch nicht für Augenblicke gänzlich zu verwischen vermag.“ Die Auf-

fassung des durch Hypnotisirungsversuche bei der Patientin B.'s herbeigeführten Zustandes als Hypnose erscheint mir jedoch vollständig irrthümlich und erklärt sich aus dem Umstande, dass B. die Thatsache offenbar unbekannt geblieben ist, auf welche von Guinon und mir hingewiesen wurde, dass durch gewisse hypnosigene Proceduren bei Hysterischen statt einer Hypnose, resp. hypnotischem Somnambulismus Anfälle von hysterischem Somnambulismus hervorgerufen werden. B. hätte in der Literatur nicht sehr weit Umschau halten müssen, er hätte nur meine Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie durchblättern dürfen und hätte in diesem Werke S. 521 ein Seitenstück zu seinem Falle gefunden. Ich bemerkte an der angeführten Stelle Folgendes:

„Von Guinon wird der bisher wenig beachtete Umstand hervorgehoben, dass Anfälle von hysterischem Somnambulismus nicht blos spontan auftreten, sondern auch wie andere hysterische Anfälle durch verschiedene Proceduren hervorgerufen werden können. Unter diesen spielt der Hypnotisirungsversuch mit Fixation und Schluss der Augenlider eine besondere Rolle. Guinon deutet die Anfälle auslösende Wirkung dieser Proceduren dahin, dass hierbei ein hysterogener Punkt im Auge (resp. der Retina) gereizt wird. Die Existenz eines derartigen Punktes scheint mir sehr fraglich, allein die Thatsache, dass durch Hypnotisirungsversuche mit Fixation gelegentlich Anfälle von Somnambulismus (wie unter Umständen auch hysterische Krampf- oder Schlafattaquen) hervorgerufen werden, unterliegt keinem Zweifel. Eine sehr prägnante hierher gehörige Beobachtung hatte ich im letzten Jahre zu machen Gelegenheit. Dieselbe betraf eine 30jährige Gutsverwaltersgattin, die früher an Krampfanfällen und, während sie in meiner Behandlung sich befand, hauptsächlich an Kopfschmerzen und verschiedenen Zwangsvorstellungen (dass sie nicht mehr denken könne, dass in ihrem Kopf Eiter sein müsse etc.) litt.

Meine Notizen über einen durch einen Hypnotisirungsversuch provocirten Anfall lauten: Die Patientin schläft auf Fixation und Suggestion alsbald ein, erweist sich jedoch im Schlafe zunächst für Suggestionen jeder Art unzugänglich. Weder Katalepsie, noch Bewegungsautomatismus lassen sich hervorrufen. Sie beginnt im Schlafe alsbald spontan zu sprechen: „Was kostet jetzt die Gerste? Hat Dr. L. etwas über mich gesagt? Hat er dir aufgetragen, mit mir recht strenge zu sein; dadurch wirst Du mich nur noch aufgeregter machen etc.“ Es geht aus ihrem Gespräche hervor, dass sie sich mit ihrem Manne fortgesetzt

unterhält. Während dieser Unterhaltung erweist sie sich jedoch für Bemerkungen, Fragen etc. meinerseits zugänglich, nur glaubt sie, dass das Gespräch von ihrem Manne ausgehe. Sie bemerkt z. B. als ich ihr erkläre, dass ich ihren Kopf magnetisiren werde und dass sie dadurch von ihrem Kopfschmerz befreit werden müsse: „Du bist doch kein Doctor, das verstehst du ja nicht!“ Als ich darauf bemerkte, ob denn der zu ihr Sprechende niemand anders als ihr Mann sein könne, meinte sie, es könne auch Dr. B. (ihr Hausarzt in H.) sein. Auf die Frage, ob es nicht Dr. L. sein könne, bemerkte sie: Nein, Dr. L. ist doch in München und nicht in H.“ Es gelingt nur sehr schwer, sie davon zu überzeugen, dass ich (Dr. L.) mit ihr rede. Allein, auch nachdem ihr dies beigebracht ist, kehrt sie immer wieder zu der Auffassung zurück, dass der mit ihr Verkehrende ihr Mann sei. Sie richtet immer wieder an diesen gewisse Fragen und vernimmt anscheinend Antworten von demselben. Nachdem ich aufgehört hatte, mit ihr zu sprechen, fängt sie alsbald ihrer Gewohnheit gemäss an, für sich zu rechnen, um sich zu überzeugen, dass sie noch denken könne. Ich kann diese Selbstprüfung nur dadurch beenden, dass ich sie aufwecke. Nach dem Erwachen zeigt sich vollständige Amnesie für das Gesprochene.

Dass wir es hier nicht mit einer Hypnose, sondern mit einem Delirzustand zu thun haben, ist ganz ausser Zweifel. Die Kranke versetzt sich ohne irgend eine Suggestion meinerseits in ihre Heimath, pflegt eine Unterhaltung mit ihrem nicht anwesenden Gatten und percipirt die an sie gerichteten Bemerkungen fast nur im Sinne dieses Delirs.“

Wie wir sehen, wurde auch in diesem Falle die Veränderung des psychischen Zustandes durch einen Einschläferungsversuch hervorgerufen und trat in der Form zunächst ein, dass die Patientin anscheinend einschlief wie eine in Hypnose Versetzte. Die Pat. liess sich auch ähnlich wie eine Hypnotisirte aus dem veränderten psychischen Zustande in ihr normales Wachbewusstsein zurück versetzen i. e. erwecken, und sie zeigte sich nach dem Erwachen vollständig amnestisch für die Vorgänge während ihres veränderten psychischen Zustandes. In soweit stimmt schon der Fall vollständig mit dem Brügelmann's überein. Die Uebereinstimmung zeigt sich aber auch darin, dass in dem künstlich erzeugten Somnambulismus „spontan Associationscomplexe ausgelöst werden, welche sogar durch zielbewusste Contresuggestionen nicht zum Verschwinden zu bringen sind.“ Der völlig spontan im Geiste der Kranken auftauchende Associationscomplex, dass sie sich in ihrer Heimath befinde und dort mit ihrem Gatten spreche, war durch die eindring-

lichsten Gegenvorstellungen nicht dauernd zu beseitigen. Dass diese Pat. sich im somnambulen Zustande mit ihrem Gatten unterhielt und für dessen Geschäftsangelegenheiten Interesse zeigte, dabei jedoch nicht die geringste indecente Aeusserung that, ist ebensowenig Zufall, als dass die Pat. B.'s während ihres Somnambulismus eine hochgradige sexuelle Erregung bekundete. Meine Patientin war eine sehr achtbare, durchaus nicht sinnlich angelegte Frau, welche sich mit ihrem abwesenden Gatten und dessen Berufsangelegenheiten jedenfalls oft in ihren Gedanken beschäftigte, die Pat. B.'s dagegen ein Mädchen, bei welchem unter der Tünche einer äusseren, anerzogenen Wohlanständigkeit ein mächtiger Sexualtrieb sich geltend machte und deren Gedanken auch im normalen Zustande jedenfalls viel auf sexuellem Gebiete sich bewegten. Uebrigens ist das Verhalten der Patientin B.'s nach der Einschläferung ein viel auffälligeres und ausgesprochener krankhaftes als in vielen Fällen von spontanem hyster. Somnambulismus. Ich habe an dem angegebenen Orte, wie schon frühere Beobachter hervorgehoben, dass in einer Reihe von Fällen von spontanem hyster. Somnambulismus in dem Gebaren der Kranken sich nicht ohne Weiteres etwas Auffälliges entdecken und nur auf Grund genauer Kenntniss ihres normalen geistigen Verhaltens das Vorhandensein eines abnormen psychischen Zustandes constatiren lässt.[1]) Die Patientin B.'s dagegen, ein Mädchen aus guter Familie und in ihrem normalen Zustande völlig wohlgesittet, geberdet sich eingeschläfert wie ein Kobold, schlägt mit Armen und Beinen um sich, zerreisst alles, was ihr in die Hände kommt, macht ihrem behandelnden Arzte in Gegenwart Dritter Liebeserklärungen und fordert denselben in unzweideutigster Weise zu Annäherungen auf, gerirt sich aber in gleich sexuell erregter Weise auch einer den Arzt gelegentlich vertretenden weiblichen Person gegenüber. Ich glaube, dass über das exquisit Krankhafte, Delirante dieses Zustandes Niemand in Zweifel sein kann. Nicht um hypnotischen, sondern um hysterischen Somnambulismus handelt es sich also bei der Patientin B.'s. Dagegen spricht auch keineswegs der Umstand, dass die Pat. in diesem Somnambulismus sich für gewisse Suggestionen zugänglich erwies. Dass eine gewisse Beeinflussbarkeit durch Suggestionen bei verschiedenartigen hysterischen Anfällen besteht, ist eine bekannte Thatsache. Auch der auffällige Unterschied in der Zugänglichkeit für einzelne Sinneseindrücke bei der Pat. B.'s ist in anderen Fällen von

---

[1]) l. c. S. 517.

hysterischem Somnambulismus schon constatirt worden. Die Pat. B.'s vernahm wohl das geringste Geräusch, welches anwesende Personen verursachten, dagegen nicht die Antworten, welche dieselben auf Anrufen gaben, wenn sie nicht durch Suggestion mit denselben in Rapport gesetzt war. Guinon zeigte, dass im hysterischen Somnambulismus einfache Sinnesreize (vorgehaltene Gläser, Gerüche, Geräusche) die Beschaffenheit der auftauchenden Hallucinationen in der einen oder anderen Richtung modificiren können. Eine Kranke, an welcher Guinon eine Reihe von Versuchen über den Einfluss äusserer Reize auf die Gestaltung der Hallucinationen während ihrer somnambulen Anfälle anstellte, bekundete, wenn man ihr ein rothes Glas vor Augen hielt, in ihrer Miene den Ausdruck des Schreckens, erhob den Arm zum Himmel und äusserte: „O Karl, komm' mir zu Hilfe! Was du blutest? Mein Gott, was hast du?" Beim Vorhalten eines gelben Glases: „Karl, die Sonne; ein wunderbares Wetter, wohin gehst du bei einem so schönen Wetter?" Beim Riechen von Eau de Cologne: „Hübscher Garten, ich werde in diesem Garten spazieren gehen. Was für eine Blume ist dies?" Bei Nadelstichen am Abdomen: „Meine Herren Aerzte, ich habe keine Geschwulst im Bauche; lasst doch meinen armen Bauch in Ruhe; ihr werdet ihn nicht öffnen, oder schläfert mich zuvor ein." Dieselbe Kranke erwies sich während ihres Delirzustandes für Worte und complicirtere Sinneseindrücke jeder Art unzugänglich. Man konnte ihr Worte in die Ohren schreien, diverse Gegenstände (Früchte, Schlüssel, Uhr etc.) vor sie hinstellen, ohne dass sie im Mindesten Notiz davon nahm.[1]) Ebenso percipirte B.'s Patientin, wie wir sahen, einfache Gehörseindrücke (Geräusche), während sie complicirtere Eindrücke, Aeusserungen mitanwesender Personen, nicht vernahm.

Wenn ich im Vorstehenden der Auffassung Br.'s bez. des in seinem Falle Beobachteten entgegentrat, so geschah dies lediglich auf Grund ganz allgemeiner Erwägungen. Wenn die Anschauung Br.'s, dass in der Hypnose eine derartige psychische Veränderung spontan eintreten könnte, wie sie bei seiner Pat. vorlag, als zu Recht bestehend anerkannt würde, so müssten unsere Vorstellungen über die Symptomatologie des hypnotischen Zustandes eine völlige Umgestaltung erfahren, und die Unterscheidung zwischen Hypnose und Hysterie liesse sich kaum mehr aufrecht erhalten. Es würden also diejenigen Recht behalten, welche bisher der Ansicht waren, dass die Hypnose lediglich einen

---

[1]) v. l. c. S. 519.

artificiell erzeugten hysterischen Anfall repräsentirt (Gilles de la Tourette, Strümpell u. A.). Ich zähle zu denjenigen, welche sich bisher bemüht haben, diese Ansicht zu bekämpfen [1]), und ich glaube, dass sich unser Standpunkt nur dann aufrecht erhalten lässt, wenn wir uns bemühen, aus dem Gebiete der Hypnose ausgesprochen krankhafte, speciell hysterische Zustände auszuscheiden. Dabei soll nun nicht geleugnet werden, dass in praxi Hypnose und hysterische Anfälle sich nicht immer streng sondern, dass es Mischformen giebt, Hypnosen, in welche sich Elemente des hysterischen Anfalles einflechten, wie es auch Hypnosen giebt, welche in hysterische Anfälle, speciell hyster. Schlafzustände übergehen und umgekehrt hyster. Schlafanfälle sich in Hypnose umwandeln lassen. Derartige complicirte Hypnosen müssen als vom Typus abweichende, halb artificielle, halb pathologische Zustände auch angesprochen werden, aus welchen sich keinerlei weitere Folgerungen über die Erscheinungen der Hypnose ziehen lassen.

[1]) Vgl. Loewenfeld, Lehrbuch der gesammten Psychotherapie, 1897, S. 136.

Spontane Somnambulie in der Hypnose.

Von

Oskar Vogt.

Der vorhergehende Aufsatz Loewenfeld's veranlasst mich, einer etwas abweichenden Ansicht Ausdruck zu geben.

Brügelmann hatte von einem Fall berichtet, der nach zwei Seiten hin bemerkenswerth ist. Einmal ist zu constatiren, dass der Versuch der Hypnotisirung keinen tiefen Schlafzustand, sondern einen Bewusstseinszustand auslöste, der ein eingeengtes Wachsein darstellte. Dann aber ist speciell hervorzuheben, dass der Vorstellungsinhalt dieses eingeengten Wachseins sexueller Natur ist.

Stadelmann berichtet von einem Fall, der dem Brügelmannschen ähnelt, aber noch mehr den Character des Pathologischen an sich trägt.

Loewenfeld selbst berichtet von einem Fall, wo ebenfalls die Einleitung einer Hypnose nicht zu tiefem Schlaf führte, sondern ein „Delir" veranlasste, das der Verf. mit Recht dem von Brügelmann beobachteten Bewusstseinszustand an die Seite stellt. Der Inhalt stellt eine gewohnte Beschäftigung des Individuums dar.

Brügelmann hat durch Darstellung seines Falles zwei Thatsachen zu constatiren versucht:

1. dass an Stelle der tiefen Hypnose eine suggestiv nicht zu beseitigende spontane Somnambulie treten kann,

2. dass in der Hypnose die geschlechtliche Erregbarkeit eine Steigerung erfahren kann.

Wir wollen diese beiden Punkte getrennt betrachten.

A.

Spontane Somnambulie in der Hypnose.

Dass der Fall Brügelmann's ein pathologischer Zustand ist, darin wird gewiss jeder Loewenfeld beistimmen, wie Br. auch selbst der Ansicht ist.

Wenn Brügelmann seinen Fall eigenartig nennt, so glaube ich, dass Br. den Wert darauf legt, dass die spontan auftretenden Associationen so stark waren, dass sie suggestiv nicht zu beseitigen waren. Das viel Auffälligere und ausgesprochener Krankhafte in dem Falle Br. wird ja auch von Loewenfeld zugegeben.

Bezüglich der Einreihung solcher Fälle unter die Formen von Somnambulie steht nun Brügelmann auf einem anderen Standpunkte als Loewenfeld. Brügelmann hebt die Analoga mit den Träumen des normalen Schlafes (pag. 257) und speciell mit denen des tiefen Schlafes, d. h. mit den Erscheinungen der spontanen Somnambulie, (pag. 274) hervor.

Um diesen Punkt besser würdigen zu können, wollen wir zunächst eingehender die Traumzustände des spontanen Schlafes betrachten.

I. Traumzustände des spontanen Schlafes.

1. In früheren Mittheilungen [1]) habe ich im Anschluss an andere Autoren die Traumzustände unseres spontanen Schlafes in solche des oberflächlichen und solche des tiefen Schlafes eingetheilt.

Wenn wir im Interesse einer schärferen Gegenüberstellung die Uebergänge ignoriren, so können wir diese beiden Formen von Träumen in folgender Weise characterisiren.

Die Träume des oberflächlichen Schlafes entsprechen einer diffusen Dissociation des Bewusstseins. Ihr Inhalt wird durch ganz unlogische Associationen dargestellt. Derselbe hat mit dem Kern der Persönlichkeit des Individuums nur eine lose Verbindung. Er kann bei ethisch hochstehenden Personen die stärksten moralischen Defecte [2]) aufweisen. Für denselben besteht keine Amnesie. Derselbe äussert sich nicht motorisch.

Die Träume des tiefen Schlafes oder die spontanen Somnambulien stellen ein circumscriptes systematisch eingeengtes Wachsein dar. Bei

---

[1]) Vgl. 1. und 2. Mittheil. „Zur Kenntn. des Wesens des Hypn. etc." Diese Ztschr., Bd. 3 u. 4.

[2]) Bezüglich der psychologischen Grundlage dieser Defecte vgl. meine 2. Forts. „Zur Kenntn. etc.", pag. 160.

Unerregbarkeit der grossen Menge der Bewusstseinselemente zeigt ein kleines mehr oder weniger logisch zusammenhängendes System eine mehr oder weniger normale Erregbarkeit. Aber diese annähernd normale Erregbarkeit ist so circumscript, dass noch uncorrigirte Traumideen das Bewusstsein erfüllen. Nichtsdestoweniger ist der Trauminhalt mehr oder weniger logisch. Dabei zeigt er enge Beziehungen zur Persönlichkeit des Träumers. Er stellt „die Fortsetzung der Beschäftigung des Geistes im wachen Zustand" dar (Maury), er bezieht sich auf jene Vorstellungscomplexe, welche im Bewusstsein des Individuums die Hauptrolle spielen. Die moralische Höhe des Träumers zeigt geringere Defecte. Für den Trauminhalt besteht beim Erwachen Amnesie. Derselbe äussert sich motorisch.

Dem Grade dieser motorischen Aeusserungen entsprechend, der seinerseits wieder der Ausdruck der Einengung des Bewusstseins ist, kann man drei Unterarten unterscheiden.

a) Die erste Unterart, die den Träumen des oberflächlichen Schlafes am nächsten steht, äussert sich motorisch nur durch Ausdrucksbewegungen. Man sieht solche Träumer weinen und lachen, man sieht sie den Ausdruck des Zornes, der Angst u. s. f. annehmen.

b) Die zweite Unterart führt zu sprachlichen Aeusserungen. Handelte es sich um Zwiegespräche, so sprach in der Mehrzahl der Fälle, die ich beobachtete, der Träumer nur seine Antworten, indem er die Aeusserungen anderer Personen hallucinirte. Ich habe aber auch in einem Fall den Träumer das ganze Zwiegespräch sprechen hören.

c) Die dritte Unterart führt zu complicirten Handlungen. Diese setzen — wie ich anderweitig ausführlich dargethan habe — eine Erregbarkeit der Lageempfindungen der Körpertheile voraus: Hier zeigen hinwiederum diejenigen Träumer, die mit offenen Augen die Handlungen ausführen einerseits das ausgeprägteste Wachsein, andererseits aber die tiefste Schlafhemmung.

2. Die beiden Gruppen von Traumzuständen zeigen nun noch einen für uns wichtigen Unterschied. Bekanntlich kann man sich mit Personen, die sich im spontanen Schlaf befinden, in Rapport setzen. „Es kommt darauf an, Vorstellungen zu erregen, die ihrerseits erregbar sind ohne Weckung ihrer associativen Verknüpfungen und dadurch bewirkte Herbeiführung eines allgemeinen Erwachens."

Diese Anknüpfung des Rapportes zeigt nun in den beiden Formen von Traumzuständen eine verschiedene Schwierigkeit. Im oberfläch-

lichen Schlaf ist es schwierig, ohne Weckung ihrer associativen Verknüpfungen erregbare Vorstellungen zu finden: d. h. ein Versuch führt leicht zu einem vollständigen Erwachen. Im tiefen Schlaf besteht die Schwierigkeit darin, eine überhaupt erregbare Vorstellung zu finden.

Ich will ein Beispiel anführen. Im Anschluss an Noizet und Liébault habe ich wiederholt dadurch mich mit oberflächlichen, früher nicht hypnotisirten Schläfern in Verbindung gesetzt, dass ich mich des „zuletzt einschlafenden Sinnes", des Hautsinnes, bediente. Ich schlich mich an den Schläfer heran, legte ihm meine Hand auf die Stirn, nach einiger Zeit machte ich einige Passes, dann ging ich dazu über, durch wiederholtes vorsichtiges Bewegen des ganz schlaffen (in meinem „atonischen" Stadium befindlichen) Arms diesen kataleptisch zu machen und darauf mit zunächst ganz leise gesprochenen Verbalsuggestionen zu beginnen. Bei diesen Versuchen erzielte ich entweder das Rapportverhältniss oder ein vollständiges Erwachen. Jetzt aber ein anderes Beispiel. Ich werde zu einem somnambulen Träumer gerufen. Er liegt im Bette mit geschlossenen Augen. Sein Gesicht hat den Ausdruck grausigen Entsetzens. Er wendet den Kopf auf die eine Seite und sucht das Gesicht im Kopfkissen zu verbergen. Ich versuche zunächst durch Verbalsuggestionen auf ihn einzuwirken. Ganz vergeblich. Ich will dann in der obigen Art mich mit ihm in Rapport versetzen. Aber im Moment, wo ich mit meiner Hand seine Stirn berühre, bekomme ich von dem Träumer die heftigsten Faustschläge. Aus früheren Mittheilungen und dem ganzen Gebahren des Träumers vermuthe ich, dass er sich angegriffen glaubt und ich sage jetzt zu ihm: „Na, beruhige Dich nur. Ich habe es ja garnicht so gemeint. Ich will ja fortgehen." Sofort antwortete mir der Träumer im höchsten Zorn: „Ich kenne Dich schon. Du gehst nicht fort." Damit war aber das Rapportverhältniss geschaffen und es gelang mir nunmehr bald, weitere Bahnungen und Hemmungen anzuknüpfen. Die weitere Unterhaltung bestätigte dann die Richtigkeit meiner Vermuthung, dass sich der Träumer bedroht glaubte und meine Berührung als eine Handgreiflichkeit gedeutet hatte.

Das Anknüpfen eines Rapportverhältnisses geht mit somnambulen Träumern leicht von Statten, wenn es gelingt, den Gedankeninhalt des Traumes zu erkennen. Schwieriger ist dann, weitere Bahnungen und Hemmungen zu schaffen und so den Zustand in eine traumlose Hypnose überzuführen. Aber mit der Zeit ist es mir in allen Fällen gelungen. Man muss sehr langsam vorwärts gehen, Schritt für Schritt bis dahin unerregbare, aber der Beseitigung des Traumzustandes fähige

Bewusstseinselemente erwecken. Je genauer man die Persönlichkeit des Individuums kennt, je mehr man vertraut ist mit einzelnen Vorstellungscomplexen, die in diesem Individuum auch bei tiefem Schlafe eine relative Erregbarkeit zeigen, um so leichter kommt man zum Ziele.

3. Diese Möglichkeit, durch geschicktes Vorgehen einen somnambulen Traum zu beseitigen, hat allgemein, sowie speciell für die uns hier interessirenden Fragen eine grosse practische Bedeutung. Es wird noch vielfach nicht genügend gewürdigt, welchen grossen Einfluss die Träume auf unser späteres Denken und Handeln haben. Und doch sind z. B. eine grosse Reihe von Krankengeschichten beschrieben, wo nächtliche Träume hysterische Dämmerzustände, Phobien irgend welcher Art etc. hervorgerufen haben. Somnambule Träume haben nun noch einen grösseren Einfluss als Träume des oberflächlichen Schlafes, weil sie einerseits von einem grösseren Affect begleitet sein können, besonders aber weil sie im nachherigen Wachsein unbewusst sind und so nicht durch logisches Raisonnement corrigirt werden können. Dazu kommen noch zwei weitere Gesichtspunkte. Ein bestimmter somnambuler Traum hat mehr die Tendenz, in späteren Schlafzuständen des Individuums wiederzukehren als ein Traum des oberflächlichen Schlafes. Die Mehrzahl der somnambulen Träume ist weiterhin von starken Angstgefühlen und anderen deprimirenden Gefühlen begleitet. Diese starken Gefühle engen das Bewusstsein der somnambulen Träumer noch mehr ein. Dementsprechend zeigen einerseits die Bewusstseinselemente des Trauminhaltes eine noch stärkere Erregung und dauert andererseits diese Erregung noch länger, da hemmende Contrastvorstellungen entsprechend dieser gesteigerten Einengung nun noch schwieriger erregt werden. Mit diesen Momenten steigert sich dann aber hinwiederum die Tendenz zu erneutem Auftreten in späteren Schlafzuständen. Aus diesen Thatsachen geht aber hinwiederum bezüglich der Beseitigung dieser Träume hervor, dass man sich zunächst gegen den Affect zu wenden hat. Ich will jetzt einige Beispiele anführen.

a) Träumer liegt während des Mittagsschlafes auf dem Sopha. Er hat anfangs die ruhige Miene des Schlafenden. Allmählich aber beginnt er, zunächst nur mit den Füssen, dann aber mehr und mehr auch mit den Beinen Tretbewegungen zu machen. Während so die Beinbewegungen an Heftigkeit zunehmen, beginnt er nach und nach den rechten Arm zu erheben. Er hält nun den Arm senkrecht zum Körper und wendet die Hand beständig hin und her. Gleichzeitig hat das Gesicht den Ausdruck steigender Unzufriedenheit angenommen. Auf Grund früherer Erfahrungen weiss ich das Gesammtbild zu deuten. Der Träumer ist ein eifriger Velocipedist. Er hat im Anfang in oberflächlichem Schlafe vom Velocipedfahren

geträumt. Aber dieser Trauminhalt wurde allmählich unlustbetont, indem die im Traum vom Träumer ausgeführten Touren misslangen. Indem aber der Trauminhalt deprimirender und deprimirender wurde, engte sich das Bewusstsein mehr und mehr ein, was in der Zunahme der motorischen Aeusserungen zum Ausdruck kam. Directe suggestive Beruhigungen würden zur Zeit auf den Träumer gar keine Einwirkung haben. Würde ich andererseits jetzt den Träumer wecken, dann würde er nur für den Anfang des Traumes (soweit dieser nämlich noch dem oberflächlichen Schlaf angehörte) Erinnerung haben, gleichzeitig aber verstimmt erwachen. Ich würde die Antwort erhalten: „Ich habe etwas vom Velocipedfahren geträumt, bin aber verhältnissmässig viel zu stark verstimmt erwacht.“ Auf Grund früherer Erfahrungen würde der Träumer vielleicht noch hinzufügen: „Ich muss noch etwas mehr geträumt haben, was mich verstimmte, was aber zur Zeit von mir nicht über die Schwelle des Bewusstseins gebracht werden kann.“ Das nächste Mal aber, wo er Velociped fahren würde, würde er eine „unbegründete“ Angst haben. Deshalb gehe ich anders vor. Ich sage zu ihm: „Es geht nicht gut.“ Ich erhalte sofort in einem ärgerlichen Ton die Antwort: „Nein, ich fahre immer gegen die eine Säule. Ich kriege diese Tour nicht heraus.“ — „Na, da will ich Ihnen mal helfen. Sie kennen mich doch?“ — „Ja, natürlich, Sie sind N.“ (der Lehrer im Velocipedfahren). — „Nun, da will ich mich auch auf ein Velociped setzen (die Art und Weise, wie dieser Lehrer seine Schüler einübte). Geben Sie mir die linke Hand.“ — Der Träumer hebt die linke Hand. Ich ergreife sie und füge hinzu: „Sehen Sie, jetzt geht es gut, jetzt, ah, Sie kommen sehr gut um die Säule herum“ (der Gesichtsausdruck des Träumers hellt sich auf). „Nun noch mal! So jetzt können Sie auch alleine. Versuchen Sie. Sehen Sie, jetzt geht es gut. So jetzt können Sie aufhören. Sie haben es sehr gut gemacht.“ Der Gesichtsausdruck ist wieder ganz ruhig geworden, die Bewegungen hören auf, der Träumer schläft ruhig weiter. Späteres Erwachen spontan mit Amnesie. Darauf nehme ich im Zustand des eingeengten Bewusstseins eine Analyse des ganzen Vorgangs vor. Dieselbe ergiebt eine Richtigkeit meiner Darstellung.

b) Ich werde vom Gatten zu einer im Schlaf laut weinenden Frau gerufen. Auf meine Frage „Nun was ist denn los?“ erhalte ich als Antwort „Nun machst Du auch denselben Unsinn. Siehst Du denn nicht das furchtbare Unglück? P. (Gatte) ist im Schnee begraben!“ (Weint von Neuem.) „Und dann ist hier ein grässlicher Mensch, der immer fragt, was los sei.“ (Gatte hatte diese Frage gethan.) „Und dann kommst Du und thust noch dieselbe Frage.“ — „Wer bin ich denn?“ — „Na, natürlich A.“ (Verwandter von ihr). — „Nein, Sie irren sich, ich bin der Dr. V.“ — „Nun lass aber den Unsinn. Ich kenne ja gar keinen Dr. V. Ich finde, Du könntest Deine Witze lassen.“ — „Nun wissen Sie denn nicht, dass Sie in H. sind.“ — „Ich in H., wie soll ich dahin kommen. Ich bin in R. (Heimathsort im Gebirge) und P. ist begraben. Uh! (schaudert zusammen), gerade der eine Arm sieht noch heraus.“ — „Nun, passen Sie auf, Sie kennen doch die Stimme ihres Mannes, hören Sie, er wird jetzt sagen, dass er bei Ihnen ist.“ (Gatte spricht). — „Oh, da ist es ein zweiter Mann. Der wirkliche ist doch da begraben. Du siehst doch da die Hand.“ — Da ich so nicht weiter komme, gehe ich direct auf den Trauminhalt ein. „Nun, da will ich ihn schnell herausgraben. Er wird schon noch leben. Passen Sie auf. Jetzt grabe ich. Ah, sehen Sie, er öffnet die Augen, er athmet noch. Na, sehen Sie, er ist gerettet.“ Die Träumerin nimmt ein beglücktes Gesicht an. Um aber

ein nochmaliges Auftreten des Traumes zu verhindern, suche ich jetzt mein Rapportverhältniss allgemeiner zu gestalten. „Nun, wo Sie ruhig geworden sind, hören Sie mir mal genau zu. Sie kennen doch den Dr. V.“ — „Ja, den kenne ich. Aber der ist in H. Und ich bin doch in R.“ — „Erinnern Sie Sich der Stimme des Dr. V.! Ich bin nicht Ihr Verwandter A, ich bin der Dr. V.!“ — „Mach doch nicht solchen Unsinn!“ — Vor einigen Tagen war die Träumende in B. Der dortige Aufenthalt hat grossen Eindruck auf die Dame gemacht und ich hoffe in diesem Vorstellungscomplex einen leicht erregbaren vor mir zu haben. Ich fahre deshalb fort. „Hören Sie, Sie kennen B.“ — „Ja! Was willst Du aber mit allen Deinen Fragen?“ (ärgerlich). — „Sie haben B. gesehen, Sie waren dort. Sie erinnern Sich doch des grossen Eindrucks, den Sie davon gehabt haben.“ — „Ja, aber was soll das jetzt? Ich bin jetzt in R.“ — Aber ich bin der Dr. V., denn sonst könnte ich doch nicht wissen, dass sie in B. gewesen seien.“ — „Ach, das hat er Dir erzählt.“ — „Nun passen Sie auf. Der Dr. Vogt ist doch ein verschwiegener Arzt.“ — „Ja, das ist er.“ — „Sie haben ihm erzählt, dass Sie früher von einem Arzt mit Morphium behandelt sind. Der Dr. V. hat es Ihnen entzogen, aber er hat Ihnen versprochen, dass er von diesem Fehler seines Collegen nichts weiter erzählen will. Wenn ich also nicht der Dr. V. wäre, wüsste ich das doch nicht.“ — „Nein, da müssen Sie also doch der Dr. V. sein.“ — „Nun, wissen Sie weiter, dass ich Ihnen nie etwas vorgelogen habe.“ — „Nein, das haben Sie nie gethan.“ — „Also passen Sie jetzt auf! Greifen Sie hier her. Da fühlen Sie eine Bettdecke. Nicht wahr?“ — „Ja.“ — „Und hier ein Kopfkissen.“ — „Ja.“ — „So sehen Sie also, das Sie im Bette liegen.“ — „Ja.“ — „Und nun passen Sie weiter auf. Sie erinnern Sich jetzt auch, dass wir gestern Abend bei X. waren. Sie haben sich dort doch so gut unterhalten.“ — „Ja.“ — „Also, so sehen Sie, dass Sie in H. sind.“ — „Ja.“ — „Und jetzt hören Sie die Stimme Ihres Gatten.“ (Er spricht). — „Ja.“ — „Und jetzt sehen Sie ein, dass die ganze Schneegeschichte nur ein Traum war.“ — „Ja, Gott sei Dank.“ — „Gut, jetzt werde ich bis drei zählen, da wachen Sie ganz vergnügt auf und erinnern sich aller Einzelheiten des Traumes ohne jede Spur eines Affectes.“ Diese Suggestion realisirt sich vollständig.

Aus der bisherigen Darstellung dürfte zur Genüge hervorgehen:

1. dass im spontanen Schlaf somnambule Bewusstseinszustände auftreten können, die den von Brügelmann und Loewenfeld in der Hypnose beobachteten Bewusstseinszuständen qualitativ gleichen.

2. dass — eine practisch wichtige Thatsache — für den spontanen Schlaf eine Ueberführung dieses somnambulen Zustandes in eine ruhige Hypnose möglich ist.

Wir gehen jetzt einen Schritt weiter. Wir wollen uns jetzt die Frage vorlegen, wie sich der suggerirte Schlaf bei denjenigen Personen gestaltet, die öfter im spontanen Schlaf somnambule Träume zeigen. Bekanntlich herrscht bezüglich des letzteren Punktes eine grosse indi-

viduelle Verschiedenheit. Die ausgeprägteren Formen der Somnambulie findet man nur bei einzelnen Personen. Wir haben später auf diesen Punkt zurückzukommen. Wir wollen jetzt einfach die Gestaltung des suggerirten Schlafes bei denjenigen Personen beobachten, die eben die Neigung zur spontanen Somnambulie haben.

Wir müssen hier aber eine Vorfrage erledigen: nämlich die viel umstrittene Frage des Verhältnisses zwischen Hypnose und dem natürlichen Schlafe. Erst nach Klarstellung dieser Frage wird uns die Beantwortung der obigen Frage weiterführen.

II. Hypnose und natürlicher Schlaf.

1. Wir kennen heutzutage noch nicht die Ursache des Schlafes. Aber zwei Punkte scheinen mir über allem Zweifel zu sein:

a) dass der Akt des Einschlafens ein activer neurodynamischer Vorgang ist und

b) dass von allen Schlaftheorien nur die vasomotorische, wie sie in Mosso, Lehmann, Wundt, mir und A. individuell verschiedene Fassung bekommen hat, allen Erscheinungen des Schlafes gerecht wird.[1]) Entweder besteht die vasomotorische Schlaftheorie in irgend einer Form zu recht oder der supponirte active neurodynamische Vorgang stellt eine Erscheinung dar, die wir in ihrer Art noch garnicht kennen.

2. Der Schlaf ist also seiner physiologischen Grundlage nach nicht sicher bekannt. In Erscheinung tritt er durch die Herabsetzung der Erregbarkeit gewisser nervöser Centren. Er stellt eine Hemmung dar. Wir wollen diese Hemmung, die wir an anderer Stelle näher characterisirt haben[2]), kurz als Schlafhemmung bezeichnen.

Diese Schlafhemmung kann eine verschiedene Stärke und einen verschiedenen Umfang zeigen. Sie kann einmal das ganze Grosshirn und das Rückenmark befallen, sodass sogar das Kniephaenomen erlischt, und sie kann sich andererseits auf einzelne Rindenregionen beschränken. Sie kann bald mehr in diffuser Weise die corticale Leistungsfähigkeit herabsetzen, bald nur auf einzelne, in enger associativer Verbindung stehende Thätigkeiten hemmend einwirken. Je nachdem so bald die Schlafhemmung vorherrscht, bald das Wachsein überwiegt, können wir unter den spontanen partiellen Schlafzuständen einmal den diffusen,

---

[1]) Bezüglich der histologischen Schlaftheorie Duvals und seiner Schüler vgl. die Kritik Brodmann's. Diese Ztschr., Bd. 4.

[2]) Die dir. psychol. Experimentalmethode in hypnot. Bewusstseinszuständen, pag. 29.

dann den localisirten und schliesslich den systematisch umschriebenen Schlaf- und Wachzustand unterscheiden.

3. Solche Schlafhemmungen können in verschiedener Weise ausgelöst werden. Wir kennen den rein reflectorischen Schlaf des Neugeborenen, den eventuell rein affectiv bedingten hysterischen Schlafzustand, den spontan auftretenden, aber durch die Ideenassociation und (secundär) automatische Vorgänge beeinflussten Schlaf des Erwachsenen, schliesslich den durch gefühlsstarke (z. B. manche hysterische Schlafattaquen) und durch gefühlsschwache Vorstellungen ausgelösten Schlaf (Hypnose). Das, was ich nun im Anschluss an manche Autoren behaupte, ist die Ansicht, dass allen diesen Formen von Schlafhemmung dieselbe physiologische Ursache, derselbe Mechanismus zu Grunde liegt.

4. Speciell bezüglich einer derartigen Verwandtschaft zwischen spontanem und hypnotischem Schlafe muss ich hier zunächst folgendem Einwand begegnen. Man unterscheidet die Hypnose für gewöhnlich — und das in vielen Fällen mit Recht — vom spontanen Schlafe durch das Moment des Rapportes. Ist dieser Rapport nun nicht aber ein Factor, der der Hypnose einen ganz specifischen Character giebt? Ich gehöre zu denen, die das nicht finden können. Nehmen wir einen tief Hypnotisirten, um den ich mich zur Zeit nicht weiter kümmere! Dann besteht das Rapportverhältniss darin, dass dieses hypnotisirte Individuum im tiefen Schlaf für eine Gruppe von Vorstellungselementen eine Erregbarkeit erhält, welche die Erregung dieser Elemente und ein Anknüpfen weiterer Bahnungen an diese Elemente ohne Herbeiführung eines allgemeinen Erwachens gestatten. Solche Vorstellungscomplexe hat aber jedes Individuum in seinem spontanen Schlafe; man muss sie eben nur kennen. Andererseits kann bekanntlich dieses Rapportverhältniss auch in dem suggestiv hervorgerufenen Schlafe verloren gehen. Hat man weiterhin aber dieses Rapportverhältniss auch für die tiefe Hypnose eingeübt, dann habe ich das Bestehenbleiben dieses Rapportverhältnisses auch für den tiefen spontanen Schlaf des Individuums — in den zahlreichen Fällen, die ich darauf untersuchte, stets gefunden. Aehnliche Beobachtungen hat M. Hirsch[1]) gemacht; nur waren seine Resultate weniger umfangreich, was ich auf eine ungenügende Ausdehnung seiner Versuche zurückführen möchte.[2])

---

[1]) M. Hirsch, Ueber Schlaf, Hypnose und Somnambulismus. Deutsche med Wochenschr. 1895.

[2]) Vgl. meine Referate über die obige Mittheilung Hirsch's und die andere: „Zur Begriffsbestimmung der Hypnose. Ztschr. f. Hypnot. etc., Bd. 4, pag. 56f.

5. Man hat Fälle beobachtet, in denen anfangs ein oberflächlicher „Ruhezustand“ mit gesteigerter Suggestibilität auftrat, sich daran aber ein Stadium tiefen Schlafes mit Aufhören des Rapportverhältnisses knüpfte. Döllken und ich haben diese Form an uns selbst beobachtet. Man hat dann gesagt: das erste Stadium sei Hypnose, das zweite Stadium sei natürlicher Schlaf, der im Anschluss an die Ruhestellung der Ideenassociation aufgetreten sei. (v. Schrenck-Notzing, Döllken.) Es ist natürlich schwer zu sagen, wie weit das zweite Stadium ganz unabhängig oder doch noch als Folge der Schlafsuggestion auftrat. Aber ich möchte Folgendes hervorheben. Solche Fälle lassen sich durch weitere Hypnotisirungen durchaus modificiren. Einmal lässt sich ein Rapportverhältniss für das tiefe Stadium allmählich anbahnen. Dann aber lässt sich das erste Stadium bis zum völligen Verschwinden abkürzen. Wir haben schliesslich als unmittelbare Folge der Schlafsuggestion einen tiefen Schlafzustand mit Rapportverhältniss. Wo ist da dann der „spontane“ Schlaf geblieben?

6. Dieses Beispiel zeigt uns aber zugleich Folgendes:

Will man nun spontan aufgetretene Schlafhemmungen bezüglich ihrer Qualität mit hynotischen Schlafhemmungen vergleichen, so muss man selbstverständlich solche Bewusstseinszustände beiderlei Art mit einander vergleichen,

a) die eine gleiche Ausdehnung und eine gleiche Tiefe der Schlafhemmung zeigen. Das ist bisher vielfach nicht geschehen. Selbstverständlich ist z. B. der hypnotische Bewusstseinszustand des partiellen systematischen Wachseins, wie ich ihn zur psychologischen Selbstbeobachtung benutze, grundverschieden vom Nachtschlaf desselben Individuums.

b) denen eine möglichst gleiche psychophysische Constellation vorherging. Die Person muss vor beiden Formen des Einschlafens den gleichen Grad von Erschöpfung [1]), den gleichen Gemüthszustand etc. zeigen. Unterscheidet doch schon das Individuum seinen spontanen Nachmittagsschlaf und seinen Nachtschlaf, gestaltet sich doch schon der spontane Schlaf im Bette oder in der Eisenbahn, nach einer aufregenden Scene oder vor einem wichtigen Ereigniss, nach starker Erschöpfung oder nach ruhig verbrachtem Abend in ganz verschiedener Weise!

---

[1]) Ueber die Begriffe „Ermüdung und Erschöpfung“ vgl. meine 1. Mittheilung „Zur Kenntn. des Wesens etc.“

c) bei denen der Mechanismus des Einschlafens dieselbe Zeit in Anspruch genommen hat.

d) bei denen sich die detaillirten Bestandtheile der Schlafsuggestion möglichst den individuellen Empfindungen beim spontanen Einschlafen dieser Person angepasst haben. Ich verweise z. B. auf die auch von mir gemachte Beobachtung Döllkens[1]), der zufolge er beliebig „Schlaf" oder „Hypnose" suggestiv hervorrufen konnte.

7. Vergleichen wir nun, unter annähernd gleichen Bedingungen spontan und suggestiv aufgetretene Schlafhemmungen!

a) In einer früheren Arbeit habe ich — was mehr oder weniger auch von anderen Beobachtern gefunden ist — hervorgehoben, dass der Mensch beim spontanen Einschlafen characteristische Veränderungen des Muskeltonus zeigt. Der Muskeltonus nimmt parallel einer zunehmenden Hautanästhesie zu. Auf der Höhe dieser Zunahme, die dem Stadium entspricht, wo der Hautsinn unerregbar wird, zeigen die Glieder passive Katalepsie. Dann nimmt der Muskeltonus wieder ab, wird sogar wesentlich geringer als im Wachsein. Gleichzeitig zeigt die Haut Anästhesie. Das Stadium des gesteigerten Muskeltonus zeigt nun eine individuell verschieden lange Periode und verschieden starke Ausprägung. Ebenso erreicht die Muskelatonie einen verschieden hohen Grad. Ich habe nun nicht nur diese Stadien in dem suggestiv bedingten Einschlafen wieder gefunden, sondern in einer Reihe von Fällen direct einen Parallelismus zwischen der individuellen Färbung dieser Stadien für beide Formen des Einschlafens nachweisen können. Individuen, die beim spontanen Einschlafen kaum das tonische Stadium zeigten, sondern sofort in die Atonie verfielen, zeigten dieselbe Erscheinung bei Hypnotisirungen und umgekehrt.

b) Ich habe plethysmographische Untersuchungen gemacht bei solchen Individuen, die einmal, ihrer Gewohnheit gemäss, schnell selbst einschliefen und dann ein ander Mal hypnotisirt wurden. Im Moment des Augenschlusses konnte — wenigstens zumeist — eine kurz dauernde Volumverminderung des im Glascylinder befindlichen Arms constatirt werden. Dann trat — parallel dem zunehmenden Tonus — eine mehr oder weniger starke Vermehrung des Armvolumens ein, die darauf — oft sehr plötzlich — einer dauernden, hinter dem Volumen des Wachseins zurückbleibende Verminderung des Armvolumens Platz machte. Trat

[1]) Diese Ztschr., Bd. 4, pag. 81.

jetzt ein plötzliches Erwachen ein, dann verminderte sich das Armvolumen momentan noch mehr, um dann nach einem vorübergehenden Uebersteigen des für das Wachsein characteristischen Niveaus zu diesem zurückzukehren. Im Einzelnen waren die Curven individuell sehr verschieden, aber für die beiden Formen von Einschlafen waren sie identisch.

c) Ich habe eine Reihe von Individuen hypnotisirt, die im Wachen irgend eine Form unwillkürlicher Bewegungen machten, dieselben aber im Schlafe verloren. Hierher gehörten echte choreatische Bewegungen, athetotische, choreo-athetotische und choreatische Bewegungen auf organischer Grundlage, eine Form spastischer Contractionen einzelner Muskeln, die eine Reihe von Minuten anhielten, ein dem der Paralysis agitans ähnliches Zittern auf organischer Grundlage, verschiedene Formen von Tics etc. Ueberall, wo ich nun suggestiv tiefen Schlaf erzielte, schwanden diese Bewegungen auch im hypnotischen Schlaf. Meine Erfahrungen sind bezüglich dieses Punktes den Angaben Molls geradezu entgegengesetzt.

d) Dasselbe gilt auch vom Schnarchen. Ich hatte einen Patienten, der durch Schnarchen die anderen Patienten störte. Ich brauchte aber, auch aus beliebiger Entfernung, ja ohne ihn vielleicht überhaupt selbst an diesem Tage eingeschläfert zu haben, nur zu erklären, dass dieses Schnarchen aufhöre, um damit sofort Erfolg zu haben: ein Beweis, dass das Rapportverhältniss auch in diesem Schlaf mit Schnarchen fortbestand. Genau dasselbe beobachtete ich an zwei Krankenwärtern, die sich direct deswegen hypnotisiren liessen, weil sie nachts die Kranken durch ihr Schnarchen störten.

e) Ich beobachtete zwei Patienten, die in der Hypnose ihre Augenlider nur halb schlossen. Ich habe mich nachher davon überzeugt, dass sie dieselbe Erscheinung auch im spontanen Schlaf zeigten. Diese Erscheinung hatte keine organische Grundlage und ist auch hernach von mir für beide Formen von Schlaf auf suggestivem Bewege beseitigt worden.

f) Da, wo ich suggestiv Schlaf erzielte, zeigten die Patienten auch stets Träume, wie sie denen ihres oberflächlichen Schlafes glichen. Sie zeigten durchaus nicht eine bessere Logik als diese. Sie hatten auch da, wo die Träume unter Umständen starken pathogenen Einfluss hatten, gelegentlich denselben. Ich habe eine Patientin gehabt, bei der ein einzelner Traum gewisse Phobien stark steigern oder von Neuem hervorrufen konnte. Ein solcher Traum konnte den psychotherapeutischen

Erfolg von Monaten zerstören. Derartige Träume konnten sowohl in der Hypnose, wie im nächtlichen Schlaf auftreten. Ich habe einen anderen Fall beobachtet, wo gewisse Träume hysterische Dämmerzustände auslösten. Das erlebte ich nun sowohl bei spontan aufgetretenen, wie bei suggestiv hervorgerufenem Schlaf.

Zusammenfassung.

1. Der uns seinem Wesen nach unbekannte Mechanismus des Schlafes ist stets derselbe, mag letzterer rein reflectorisch (Schlaf des Neugeborenen), mag er als Folgewirkung starker Gefühle (gewisse hysterische Schlafattaquen), mag er schliesslich mehr oder weniger durch Vorstellungen (spontaner und suggestiver Schlaf des Erwachsenen) ausgelöst sein.

2. Speciell der spontane und der hypnotische Schlaf des Erwachsenen können Verschiedenheiten zeigen, was die Ausdehnung und die Tiefe der Schlafhemmung, was die vorhergehende psychophysiologische Constellation, die Schnelligkeit des Eintretens der Schlafhemmung und die dieses Eintreten begleitende Sensationen anbelangt.

3. Aber alle diese Verschiedenheiten sind secundärer Natur, sie stellen nur quantitative, nicht qualitative Unterschiede bezüglich des Schlafmechanismus dar.

Diese Thatsache führt uns dann von selbst zu der Frage, ob Personen, die somnambule Träume im natürlichen Schlafe zeigen, nicht dieselbe Erscheinung in ihrem hypnotischen Schlaf darbieten. Aus unseren bisherigen Erfahrungen sind wir zu einer entsprechenden deductiven Folgerung berechtigt. Eine empirische Bestätigung dieser Folgerung würde unserer Induction, dass spontaner und suggestiver Schlaf durch den qualitativ gleichen Mechanismus zu Stande kommen, eine neue Stütze geben.

III. Der hypnotische Schlaf somnambuler Träumer.

1. Brügelmann erwähnt einen meiner hierher gehörigen Fälle. In demselben handelte es sich um eine Frau, die in der Hypnose stundenlang Coitusbewegungen machte, dabei Scenen aus ihrem Eheleben träumte, den Hypnotiseur für ihren Gatten hielt und auch nur

soweit vom Hypnotiseur sich beeinflussen liess, als dieser an jene Ideengänge anknüpfte. Erst allmählich gelang es dann, auch für andere Associationsreihen ein Rapportverhältniss herzustellen. Derartige Traumzustände waren nun aber nicht etwa nur für die Hypnose dieser Dame characteristisch, sie traten auch in dem spontanen Schlaf in gleicher Weise auf. Man konnte sich auch jetzt sofort mit der Patientin in Rapport setzen, wenn man an den Trauminhalt anknüpfte und beim Erwachen bestand auch jetzt vollständig Amnesie.

2. Ich habe früher einen anderen Fall beschrieben.[1]) Ich beobachtete bei demselben im natürlichen Schläf zwei somnambule Träume. „Indem ich an diese Traumvorstellungen anknüpfte, konnte ich mich leicht mit dem Träumer in ein Rapportverhältniss setzen. Dabei konnte ich in jenen Zuständen auf keine andere Weise zum gleichen Ziel kommen.“ Bei späteren Hypnosen kehrten dann diese beiden somnambulen Träume auch wieder. Im Moment, wo sie auftraten, änderte sich das Rapportverhältniss: d. h. es wurde monoideistisch. Der Träumer wurde unempfindlich gegen alle Reize, die nicht zum Vorstellungscomplex des Traumes gehörten oder nicht demselben assimilirt wurden. Ich habe bei dieser Person später noch eine ganze Reihe von somnambulen Träumen beobachten können. Für den Inhalt dieser war im Gegensatz zu den Träumen des oberflächlichen Schlafes characteristisch, dass er immer von affectiven Erlebnissen gebildet wurde. Ich habe später die ursprünglich im natürlichen Schlaf aufgetretenen Träume in der Hypnose auch willkürlich durch ein Stichwort hervorrufen können.[2])
Stets änderte sich dann sofort das Rapportverhältniss in dem obigen Sinne.

3—5. Ich habe drei weitere jugendliche Individuen behandelt, die an Schlafreden in ihrem nächtlichen Schlafe litten. Diese Erscheinung trat zu Anfang der hypnotischen Behandlung auch in der Hypnose auf. Immer beobachtete ich die characteristische Aenderung des Rapportverhältnisses.

6. In einem weiteren Fall handelt es sich um eine schwere Hysterie, die nach den kleinsten Aergernissen des täglichen Lebens die heftigsten Kopfschmerzen bekam. Sowohl in dem spontanen Schlaf, wie in dem durch Morphium oder suggestiv herbeigeführten Schlaf hatte

---

[1]) Vgl. Vogt, „Zur Kenntniss des Wesens etc.“, 1. Forts. Diese Zeitschrift, Bd. 4, pag. 39 f.

[2]) Vgl. meine 2. Forts. „Zur Kenntniss des Wesens etc.“ Diese Zeitschrift, Bd. 4, pag. 150 ff.

diese Patientin somnambule Träume, die jene Aergernisse zum Inhalt hatten und dann die Schmerzen noch immer mehr steigerten.

7. Schliesslich beobachtete ich noch einen Fall schwerer Hysterie, der in der Hypnose, wie im natürlichen Schlaf die gleichen somnambulen Träume zeigte. Der Inhalt derselben waren theils reale Erlebnisse, theils der Inhalt früherer hysterischer Delirien.

Aus diesen Beobachtungen dürfte wohl zur Genüge hervorgehen, dass

Individuen, die im spontanen Schlaf somnambule Träume haben, dieselben auch in dem suggestiv bedingten Schlaf zu zeigen die Tendenz haben.

(Schluss folgt.)

Zur Psychologie der Suggestion.

Vortrag,
gehalten am 14. Januar 1897 in der Psychologischen Gesellschaft zu München,

von

Professor Dr. **Lipps.**

Meine Herren! Ehe ich meinen Vortrag beginne, muss ich zunächst um Entschuldigung bitten. Ich habe mich anheischig gemacht, heute in $^3/_4$ Stunden — mehr stehen mir nicht zur Verfügung — über die „Psychologie der Suggestion" zu handeln. Ich habe eingesehen, dass das nicht geht. Ich muss jetzt entweder die Sache oberflächlich behandeln oder muss mich begnügen, eine Seite der Sache herauszugreifen. Ich will im Wesentlichen herausgreifen die „Urtheilssuggestion".

Zweifellos kann man Niemand verwehren, jeden beliebigen Begriff zu definiren, so wie er eben will. Ebenso zweifellos hat die Wissenschaft ein Interesse daran, mit feststehenden Begriffen zu operiren, also mit solchen, die von allen in gleicher Weise definirt werden. Zugleich wird gefordert, dass die wissenschaftlichen Begriffe brauchbar seien, d. h. dass sie zum Inhalt haben wissenschaftlich bedeutsame Merkmale. Werden Begriffe neu geprägt, so kann man von ihnen endlich auch noch fordern, dass sie neue Thatsachen zusammenfassen oder wenigstens solche, die bisher noch nicht in einen einzigen Ausdruck zusammengefasst worden sind.

Gegen diese letztere Forderung nun vergeht man sich, wenn man die Suggestion allgemein definirt als Weckung von Vorstellungen oder Empfindungen oder Gedanken, also kurz als Weckung irgendwelcher psychischer Vorgänge. Dass es psychische Vorgänge giebt, ist ebensowenig etwas Neues, als dass es sie nicht gäbe, wenn sie nicht

irgendwie geweckt würden. Zugleich haben wir für beide Thatsachen von jeher einfache und jedermann verständliche Bezeichnungen. Die Bezeichnung jeder beliebigen Weckung von psychischen Vorgängen als „Suggestion“ wäre schliesslich nichts anderes, als eine andere Benennung dessen, was man sonst psychisches Leben nennt.

Eine solche neue Benennung wäre werthlos, und sofern sie das Bekannteste und Alltäglichste neu benännte und damit die Vorstellung einer neu erkannten Thatsache, oder einer neuen Erkenntniss der Thatsache wecken könnte, verwirrend; jedenfalls wissenschaftlich überflüssig.

Zugleich widerspräche diese Definition der Geschichte des Begriffes der Suggestion. Man hat den Begriff geprägt, weil sich ausserordentliche Thatsachen dem wissenschaftlichen Bewusstsein aufdrängten, die man zusammenbrachte mit anderen längst bekannten, aber nicht verstandenen. Ich meine, dieser Character des Ausserordentlichen sollte der „Suggestion“ gewahrt bleiben.

Wie kann das geschehen? Ist etwa das ausserordentlich, was die Suggestion erzeugt? Die Suggestion erzeugt beispielsweise Empfindungen. Sie werden sagen: Nein, sie erzeugt Scheinempfindungen oder Trugwahrnehmungen. Indessen an sich betrachtet sind Scheinempfindungen oder Trugwahrnehmungen dasselbe wie wirkliche Empfindungen oder Wahrnehmungen. Nur dass jene auf anderem Wege zu Stande kommen als diese.

Die Suggestion lässt andererseits Urtheile zu Stande kommen, z. B. der Wirklichkeit nicht entsprechende Erinnerungsurtheile. Urtheile entstehen auch sonst. Das Gleiche gilt von den suggerirten Willensakten oder Handlungen.

Es leuchtet also von vornherein ein, das Ausserordentliche bei der Suggestion ist nicht das, was erzeugt wird, sondern der Weg, auf dem es erzeugt wird. Dann wäre also die Suggestion Erzeugung von psychischen Vorgängen unter ausserordentlichen oder inadäquaten Bedingungen.

Hier scheine ich mich sehr nahe zu berühren mit der Definition, welche die Suggestion seitens Hirsch gefunden hat. Dieser begreift aber unter „Suggestion“ auch die Erzeugung von Vorstellungen unter inadäquaten Bedingungen. Diese „Vorstellungen“ muss ich ausschalten. Vorstellungen werden immer auf adäquatem Wege erzeugt. Sie entstehen immer auf demselben Wege der Association. Also: die Suggestion ist die Erzeugung von psy-

chischen Wirkungen, die über das blosse Dasein von Vorstellungen hinausgehen, unter inadäquaten Bedingungen.

Auch damit wird man sich aber noch nicht beruhigen dürfen. Ich erinnere Sie an Zwangsvorstellungen bei gewissen Geisteskrankheiten. Diese Vorstellungen, genauer das „Zwingende" an ihnen, entsteht zweifellos auf inadäquatem Wege. Es entsteht kurz gesagt durch die krankhafte Verfassung. Wenn wir aber von Suggestion sprechen, so unterscheiden wir allemal das Suggerirende und denjenigen, dem suggerirt wird. Die beiden müssen in gewisser Weise selbstständig einander gegenüber stehen. Dies findet hier nicht statt. Der krankhafte Zustand kann von dem Individuum, das die Suggestion erleidet, nur in abstracto getrennt werden. Der krankhafte Zustand ist nicht das die Zwangsvorstellung dem Individuum Suggerirende, sondern die Bedingung für das Entstehen derselben im Individuum.

So möchte ich denn sagen: Suggestion ist die Erzeugung eines über das blosse Dasein einer Vorstellung hinausgehenden psychischen Vorganges in einem Individuum, seitens einer Person oder eines von jenem Individuum verschiedenen Objectes, wofern das Zustandekommen der fraglichen psychischen Wirkung unter Bedingungen stattfindet, die nicht als adäquate bezeichnet werden können. Sie sagen vielleicht, hier ist die Autosuggestion ausgeschlossen. Dies ist nicht meine Absicht. Wenn ich mir selbst etwas suggerire, so trete ich, der Suggerirende, mir, dem Empfänger der Suggestion, allerdings in gewisser Weise als ein Anderer gegenüber.

Jetzt fragt es sich zunächst: Was verstehen wir unter adäquaten und nichtadäquaten Bedingungen? Die adäquate Bedingung für die Erzeugung der Empfindung ist zweifellos der sinnliche Reiz. Die suggestive Erzeugung einer Empfindung muss also eine Erzeugung derselben sein, die nicht durch einen solchen Reiz geschieht. Was die Urtheile angeht, so giebt es dafür verschiedene adäquate Bedingungen oder Mittel. Ich werde in adäquater Weise zu einem Urtheil gebracht, dadurch, dass ich etwas wahrnehme; oder dadurch, dass ich eine Ueberlegung anstelle, oder dass ein Anderer mich überzeugt. Ich kann dies Alles in einen einzigen Ausdruck zusammenfassen und sagen, adäquate Mittel zur Erzeugung eines Urtheiles sind „Gründe". Dann wird die suggestive Erzeugung eines Urtheiles eine solche sein müssen, bei der die „Gründe" fehlen. Das adäquate Mittel zur Erzeugung

eines Willensactes endlich ist das Bewusstsein vom Werthe irgend eines Objectes, vom Werthe im Sinne der Annehmlichkeit oder Brauchbarkeit, oder des ethischen bezw. des ästhetischen Werthes. Dazu tritt eventuell die Gewohnheit, vielleicht noch Anderes. Darnach muss die suggestive Erzeugung eines Willensactes eine solche sein, der kein solches Bewusstsein zu Grunde liegt, die nicht in der Gewohnheit begründet liegt etc.

Wenn nun aber bei der suggestiven Erzeugung einer Empfindung, eines Urtheiles etc. die adäquaten Bedingungen fehlen, wie kann dann dieselbe überhaupt zu Stande kommen? Wie man sieht, ist dies die Hauptfrage.

Es leuchtet nun ein, dass es ganz aussichtslos ist, diese Frage beantworten zu wollen, ohne dass man zunächst sich klar wird, um was es sich handelt, d. h. ohne dass man sich Rechenschaft giebt über das psychologische Wesen dessen, was die Worte „Urtheil, Empfindung bezw. Hallucination, endlich Willensact bezw. Handlung", besagen, und weiterhin über die allgemeinen Bedingungen, unter denen überhaupt etwas dergleichen, d. h. eine Empfindung, ein Urtheil oder ein Willensact möglich ist.

Wie schon gesagt, beschränken wir uns hier auf das Urtheil. Was ist ein Urtheil? Man hat gesagt, ein Urtheil sei eine Verbindung von Vorstellungen. Das geht nicht an. Ich kann mir an einem wunderschönen Sommertage, wo der Himmel in reinstem Blau erstrahlt, und ich davon weiss, den Himmel ebenso gut grau vorstellen. Ich meine darum doch nicht, der Himmel sei grau. Ich fälle nicht dieses Urtheil. Wenn ich urtheile, der Himmel ist blau, so habe ich das Bewusstsein, es ist wirklich so.

Es giebt nun aber keine besondere Vorstellung der Wirklichkeit. Das Bewusstsein der Wirklichkeit ist nur eine bewusste Verhaltungsweise zu den Vorstellungsobjecten oder Verbindungen von solchen, oder eine von uns erlebte Verhaltungsweise derselben zu uns. Diese Verhaltungsweise nennen wir „Glauben".

Dies Glauben können wir weiter zunächst so bezeichnen, dass wir sagen, diejenige Vorstellungsverbindung, an die wir glauben, drängt sich uns in besonderer Weise auf. In der That, wenn ich weiss, der Himmel ist blau, so drängt sich mir diese Vorstellungsverbindung anders auf, als wenn ich weiss, es ist nicht so.

Aber dieser allgemeine Begriff des sich Aufdrängens einer Vor-

stellungsverbindung genügt nicht. Ich erinnere mich etwa eines vergangenen Erlebnisses, aber ich erinnere mich nicht der Einzelheiten. Es fehlt mir das „Urtheil", wie es sich mit denselben verhalte. Gebe ich mir Mühe, jener Einzelheiten habhaft zu werden, so gelingt es mir endlich. Ich gelange zu einer Vorstellungsverbindung, an die ich glauben kann und thatsächlich glaube; ich habe jetzt das gesuchte Urtheil. Aber in diesem Falle habe ich doch eben die Vorstellungsverbindung, an die ich „glaube", mühsam herbeigeholt; sie hat sich mir also keineswegs „aufgedrängt".

Indessen, das sich Aufdrängen von Vorstellungen ist ein mehrdeutiger Begriff. Um die Aufdringlichkeit, von der eben die Rede war, handelt es sich in der That nicht, wenn wir das Glauben als ein besonderes sich Aufdrängen einer Vorstellungsverbindung bezeichnen. Es ist eine Aufdringlichkeit gemeint, welche die Vorstellungsverbindung besitzt, nachdem sie für das Bewusstsein da ist. In der That fehlt diese in unserem Falle nicht. Habe ich die Einzelheiten jenes Erlebnisses einmal gefunden — gleichgiltig wie ich sie gefunden habe — dann zweifellos besitzen sie für mich den Character besonderer Aufdringlichkeit.

Dies kann aber wieder nicht heissen, dass diese Einzelheiten, nachdem sie mir zum Bewusstsein gelangt sind, in meinem Bewusstsein in besonderem Maasse sich behaupten, also *beliebige* andere nicht *aufkommen* lassen; die Sache wird sich in unserem Falle sogar wahrscheinlich umgekehrt verhalten. Solange ich mich der Einzelheiten des früheren Erlebnisses nicht erinnerte, hielt ich den Gedanken an dieses Erlebniss fest. Jetzt ist die Sache für mich abgethan. Ich gehe darum beruhigt zu anderen Dingen über.

Dasjenige, was wir für wirklich halten, drängt sich uns nicht bloss in solchem allgemeinen Sinne des Wortes auf. Es hat nicht bloss in irgend welchem allgemeinem Sinne in mir die „*Uebermacht*", sondern es hat *die Uebermacht über die entsprechenden Gegenvorstellungen*. Wenn ich weiss, der Himmel ist blau, so hat diese Vorstellungsverbindung die Uebermacht über die Vorstellungsverbindung, der Himmel ist grau, grün, roth etc. Blau und grau, blau und grün etc., sind Gegenvorstellungen, d. h. sie schliessen sich an einem und demselben Object wechselseitig aus. Jetzt meine ich die Antwort auf die Frage, was ein Urtheil sei, gefunden zu haben. *Ein Urtheil ist eine Vorstellung oder eine*

Vorstellungsverbindung, die über entgegengesetzte Vorstellungsverbindungen die Uebermacht hat.

Indes damit sind wir immer noch nicht zu Ende. Ein Dichter lässt in seiner Phantasie allerlei Gestalten auftreten, oder sie drängen sich ihm auf; nun entsteht in ihm die Frage, wie er eine bestimmte Gestalt unter bestimmten Voraussetzungen handeln lassen solle, und er sagt sich schliesslich: So muss sie handeln. Auch da hat die Vorstellung dieser Verhaltungsweise der fraglichen Gestalt die Uebermacht über ihre Gegenvorstellungen, d. h. über die Vorstellung einer beliebigen anderen Handlungsweise. Aber diese Uebermacht ist eine Uebermacht besonderer Art. Jene Verhaltungsweise hat in der Psyche des Dichters die Uebermacht, d. h. sie sagt ihm besser zu, befriedigt ihn in höherem Maasse. Die Uebermacht ist hier ästhetische Uebermacht, Uebermacht unter Voraussetzung eines ästhetischen Interesses, allgemeiner gesagt, einer subjectiven Antheilnahme des Dichters an dem Inhalte der Vorstellungen, kurz subjectiv bedingte Uebermacht.

Dagegen hat beim Urtheil eine Vorstellung die Uebermacht über die Gegenvorstellungen, abgesehen von jeder solchen Antheilnahme des Subjectes an ihrem Inhalt. Die Uebermacht ist hier eine rein objective. Diese objective Uebermacht ist die logische. In ihr besteht das Urtheil. Das Urtheil ist die Uebermacht einer Vorstellung oder Vorstellungsverbindung über die dabei in Betracht kommenden Gegenvorstellungen, die lediglich an den Objecten oder Inhalten der Vorstellung als solchen haftet, unabhängig von jedem subjectiven Interesse an diesen Inhalten.[1])

Diese Einsicht in das Wesen des Urtheils muss uns nun auch verständlich machen, wie Urtheilssuggestionen möglich sind. Es muss bei ihnen eine solche Uebermacht zu Stande kommen, nur inadäquater Weise. Was kann dies heissen? Ich sagte oben, Urtheile kommen adäquater Weise zu Stande durch Gründe. Diese Gründe können, soweit sie für uns hier in Betracht kommen, mit dem einen Namen „Erfahrung" bezeichnet werden. Was der Erfahrung entstammt, besitzt in uns jene objective, von allem subjectiven Interesse unabhängige Uebermacht über Gegenvorstellungen. Ich leugne damit nicht die apriorischen Factoren unserer Urtheile. Aber ich lasse dieselben hier ausser Betracht.

---

[1]) Vgl. Lipps, Grundzüge der Logik, Kap. II. ff.

Daneben muss nun aber jedenfalls noch ein Urtheile erzeugendes Moment anerkannt werden: die Mittheilung, Aussage, Bekundung eines wirklichen oder angeblichen Thatbestandes durch eine andere Person. Wenn Jemand mir gegenüber eine Behauptung ausspricht, so nöthigt er mir durch seine Worte Vorstellungen und Vorstellungsverbindungen auf. Diese Vorstellungen besitzen also in mir eine, und zwar objective Macht, die zur Uebermacht über beliebige Gegenvorstellungen werden kann. Dass wir also den Worten Anderer glauben, bedarf keiner besonderen Erklärung. Es liegt dies in der Natur der Mittheilung und des Glaubens oder Urtheilens unmittelbar begründet. Ist nun dieser Weg der Urtheilsentstehung ein adäquater oder nicht?

Darauf kann verschieden geantwortet werden. Kinder glauben alles, was man ihnen sagt, solange die Gegengründe, d. h. die Erfahrungen fehlen, die jene objective Macht der durch die Mittheilung erzeugten Vorstellungen aufheben, oder ihrerseits eine objective Uebermacht über dieselben gewinnen könnten. Solange dies der Fall ist, haben jene Vorstellungen, wenn man will, die absolute Uebermacht. Diese Art der Urtheilsentstehung ist nicht adäquat, aber auch nicht inadäquat. Der Gegensatz des Adäquaten und des Inadäquaten hat hier noch keine eigentliche Geltung.

Auch wir glauben noch an das uns Mitgetheilte, aber dieser Glaube ist bestätigt durch unsere Erfahrungen über die Glaubwürdigkeit von Mittheilungen, er ist andererseits durch solche Erfahrungen eingeschränkt. Er ist also letzten Endes Glaube auf Grund unserer Erfahrungen. Dieser Glaube ist also zweifellos adäquat erzeugt.

Damit ist auch schon gesagt, wann wir hier von einem inadäquat erzeugten Urtheil reden werden. Nämlich dann, wenn ich die Behauptung eines Anderen glaube, obgleich ich im Besitz der Erfahrungen bin, die über das in der Behauptung mir Mitgetheilte die objective Uebermacht gewinnen müssten; wenn also erfahrungsgemässe, an sich übermächtige Gegenvorstellungen da sind, aber nicht in entsprechender Weise functioniren, ihre Uebermacht nicht zur Geltung bringen.

Auch diese Bestimmung ist doch noch nicht völlig genau. Jedem kann es begegnen, dass er von einer Behauptung überrumpelt wird. Er glaubt daran, obgleich er auf Grund von Erfahrungen sich sagen könnte, dass sie nicht zutreffe. Es bedürfte eben dazu der Reflexion. Verschiedenerlei Erfahrungen müssten zusammengebracht oder combinirt werden. Dazu aber fehlt jetzt gerade die „Sammlung“ oder die

Musse. Oder es fehlt bei einem Individuum überhaupt die geistige Beweglichkeit und die Fähigkeit, Verschiedenartiges in einem Momente sich gegenwärtig zu halten und zum Inhalte der Behauptung in logische Beziehung zu setzen, wie dies erforderlich wäre, wenn der Inhalt der Mittheilung seiner logischen Uebermacht entkleidet werden sollte.

In diesen beiden Fällen ist das Urtheil oder der Glaube wiederum nicht adäquat zu Stande gekommen. Aber doch auch nicht inadäquat in dem Sinne, wie wir es bei der Suggestion voraussetzen müssen. Jene Gläubigkeit und auch diese Leichtgläubigkeit ist noch nichts eigentlich Ausserordentliches, nichts Ueberraschendes, nicht etwas, das dem widerspricht, was wir im gewöhnlichen Leben von Jedermann erwarten oder fordern. Zugleich ist freilich leicht zu sehen, dass es hier zwischen dem noch nicht Ausserordentlichen und dem entschieden Ausserordentlichen keine bestimmte Grenze giebt, vielmehr dies Beides stetig ineinander übergeht. Man wird also auch nicht den Punkt angeben können, wo die Suggestion, speciell die Urtheilssuggestion, beginnt. Was wir im gewöhnlichen Leben von Jedem fordern, ist nichts psychologisch bestimmt Abgegrenztes.

Darum können wir doch die Suggestion bestimmter characterisiren. Wir redeten hier von Fällen, wo die Abweisung einer Behauptung Reflexion voraussetzt. Vor allem nun dies, wieviel Reflexion oder Fähigkeit des Nachdenkens wir bei einem jeden Menschen im gewöhnlichen Leben erwarten, lässt sich nicht fixiren. Es giebt aber auch Fälle, wo wir von Jedem erwarten, dass er ohne Reflexion, also völlig unmittelbar einer Behauptung ein Nein entgegensetze. Es sind dies vor allem Fälle, in denen Erfahrungen, von denen wir annehmen müssen, dass sie in hohem Maasse wirkungsfähig seien, etwa nicht allzuweit zurückliegende Erfahrungen, oder sehr allgemeine Erfahrungen, unmittelbar der Behauptung widersprechen. Wo diesen zum Trotz der Glaube sich einstellt und gar nachfolgendem Nachdenken gegenüber sich behauptet, da wird sicher der Begriff der Suggestion am Platze sein. — Wie aber ist dergleichen möglich?

Die Antwort muss sich ergeben aus der Beantwortung der Gegenfrage: Wie geht es zu, dass ich in solchem Falle einer Behauptung den Glauben versage? Angenommen, ich erinnere mich jetzt eines Erlebnisses; und während ich mich seiner erinnere, wird dies Erlebniss von Jemandem geleugnet. Dann ist es unmittelbar verständlich, wie die in mir vorher schon lebendige Erinnerung über den Inhalt der

Behauptung die objective Uebermacht gewinnen kann. Angenommen aber, jene Voraussetzung trifft nicht zu. Jemand spricht eine Behauptung aus, die meinen sicheren Erfahrungen widerspricht. Diese Erfahrungen aber sind in dem Augenblicke, wo die Behauptung ausgesprochen wird, noch nicht in mir lebendig. Wie können diese Erfahrungen trotzdem gegen die Behauptung nicht nur thatsächlich in Gegensatz stehen, sondern diesen Gegensatz auch geltend machen.

Man wird sagen, eben durch die Behauptung werden in solchem Falle die entgegenstehenden Erfahrungen wachgerufen; eben die Behauptung rufe den activen Widerspruch hervor. In der That verhält es sich so. Aber dass es sich so verhält, ist nicht selbstverständlich, sondern eine Thatsache, die der besonderen Erklärung bedarf.

Nehmen wir ein Beispiel. Jemand spricht den allgemeinen Satz aus: Die Schwäne sind weiss. Dann sage ich sofort: Nein, es giebt auch schwarze Schwäne. Und sage ich es nicht, so denke ich es doch. Und denke ich es nicht mit Bewusstsein, d. h. stellt das Bild der schwarzen Schwäne sich nicht meinem Bewusstsein dar, so erlebe ich doch den Widerspruch, den meine darauf bezüglichen Kenntnisse oder Erfahrungen gegen jene Behauptung erheben, in meinem Bewusstsein.

Hierin liegt ein besonderes psychologisches Problem. Wenn Jemand von Schwänen spricht, so ist damit durchaus nicht gesagt, dass seine Worte die bewusste Vorstellung schwarzer Schwäne in mir wecken müssten. Vielleicht findet sich in meinem Bewusstsein in solchem Falle nichts als die Vorstellung des Wortes. Vielleicht auch stelle ich mir ein Exemplar der durch das Wort „Schwan“ bezeichneten Gattung vor. Dies wird dann aber wahrscheinlich ein weisser Schwan sein, da ich weisse Schwäne häufiger gesehen habe. Dagegen ist es sehr unwahrscheinlich, dass ich alle möglichen Schwäne, also auch schwarze, vor meinem Bewusstsein vorbeiziehen lasse.

Ebensowenig braucht das Wort „Weiss“ die Vorstellung des „Schwarz“ zu wecken. Dies Wort erinnert mich vielleicht an diesen oder jenen weissen Gegenstand. Dass dadurch nothwendig oder auch nur besonders leicht — vermöge einer angeblichen „Contrastassociation“ — die Vorstellung des „Schwarz“ oder irgend welcher schwarzen Objecte in mir bewusst lebendig gemacht würde, kann nicht gesagt werden.

Endlich trifft es auch nicht zu, dass beides zusammen, d. h. die Verbindung der Worte „Schwäne“ und „Weiss“ die Vorstellung schwarzer Schwäne wecken müsste. Ich kann von weissen Schwänen

in allerlei Wendungen reden hören, ohne dass ich mich veranlasst sehe, in meinen Gedanken zu schwarzen Schwänen — vorausgesetzt, dass diese dabei in keiner Weise in Frage kommen — bewusst überzugehen.

Dagegen regen sich in mir die schwarzen Schwäne — falls sie, wie hier vorausgesetzt, mein sicherer geistiger Besitz sind — unfehlbar, sobald jene Behauptung laut wird, sobald also in mir durch die gehörten Worte der Vorstellung der weissen Schwäne die alleinige Geltung verschafft werden soll, d. h. die weissen Schwäne nicht nur überhaupt mir aufgenöthigt, sondern — vermöge der Allgemeinheit des Satzes — so aufgenöthigt werden, dass dadurch der Vollzug der Vorstellung schwarzer Schwäne behindert wird. Und sie regen sich in mir nicht nur überhaupt, sondern derart, dass sie über jene mir aufgenöthigte Vorstellung die active Uebermacht gewinnen.

Dies nun ist verständlich, nur wenn wir eine bestimmte Annahme machen. Ein Conflict zwischen der aufgenöthigten Vorstellung und der Vorstellung der schwarzen Schwäne setzt unbedingt das Dasein der letzteren Vorstellung voraus, nicht nur das potentielle Dasein derselben, die in sich unthätige „Gedächtnissspur“, oder die passive Disposition zu dieser Vorstellung, sondern eine Art des actuellen Daseins derselben, eine erregte Gedächtnissspur, eine zur psychischen Wirkung gelangte Disposition zu der fraglichen Vorstellung. Nur wenn die Vorstellung überhaupt psychisch wirksam ist, kann sie jene Gegenwirkung gegen die aufgenöthigte Vorstellung üben, in welcher die Verneinung der letzteren besteht.

Die gehörten Worte müssen also trotz des oben Gesagten die Vorstellung der schwarzen Schwäne in mir, wenn auch zunächst unbewusst oder in Gestalt einer latenten Erregung, geweckt oder reactivirt haben. Sie müssen diese Vorstellung in mir zum „Anklingen“ oder zum „Mitschwingen“ gebracht haben. Gewisse Vorstellungen, nämlich die Vorstellungen weisser Schwäne, wurden durch die Worte unmittelbar erregt. Von diesen aber ging die Bewegung an der Hand der Association weiter; die psychische Erregung ging insbesondere von den „Schwänen“ fort zur Vorstellung aller möglicher, also auch der schwarzen Schwäne.

Und dazu tritt nun die Wirkung eines allgemeinen psychologischen Gesetzes, das ich als das Gesetz der Stauung zu bezeichnen pflege.[1]) Dies Gesetz besagt: Wird irgend ein natürlicher d. h. vermöge der Wirksamkeit von Associationen, und vor allem der Wirksamkeit von in besonderem Maasse wirkungskräftigen Associationen sich voll-

[1]) Genaueres darüber s. Lipps, Grundthatsachen des Seelenlebens. S. 328 ff. 377 ff.

ziehender Vorstellungsverlauf in seinem Ablaufe gehemmt, so vollzieht sich eine psychische Stauung, d. h. die Vorstellungsbewegung überhaupt, oder die verfügbare „psychische Kraft“ concentrirt sich an der Stelle der Hemmung, und lässt demgemäss die psychischen Elemente, die der Hemmung unterliegen, und weiterhin den Vorstellungszusammenhang, welchem dieselben unmittelbar angehören, eine grössere „Energie“ und damit eine erhöhte psychische Wirkungsfähigkeit gewinnen.

Dies Gesetz, das ausdrücklich anzuerkennen und in seinen mancherlei Wirkungen zu verfolgen die Psychologie zu ihrem grossen Schaden noch vielfach unterlässt, ist Ihnen trotzdem in allerlei Beispielen wohlvertraut. Sie achten vielleicht auf ein Musikstück längere Zeit nicht. Da wird ein Ton falsch gegriffen, und sofort richtet sich darauf Ihre Aufmerksamkeit. Hier bestehen die besonders wirkungskräftigen Associationen, die Ihr Vorstellen in „natürlicher“ Weise von Punkt zu Punkt fortleiten, in den Beziehungen der musikalischen Verwandtschaft. Auch diese Beziehungen sind eine Art der Association. Das hemmend oder störend Eingreifende ist der falsche Ton.

Oder: erinnern Sie sich des viel citirten Müllers, der das Geklapper seiner Mühle gewöhnlich überhört, sofort aber wiederum ein deutliches Bewusstsein davon gewinnt, wenn es unterbrochen oder unregelmässig wird. Der „natürliche Vorstellungsverlauf“ ist hier der gewohnheitsmässige, d. h. durch lang andauernde Erfahrung eingeübte Fortgang von Moment zu Moment des gleichartig sich wiederholenden Klappergeräusches; das Störende und damit die Aufmerksamkeit Erregende ist die Aufhebung des gleichartigen Fortganges dieser Gehörswahrnehmungen.

Ein eigenartiges Beispiel dieses Gesetzes liegt nun auch in unserem Falle vor. Der Gedanke, dass gewisse Schwäne schwarz sind, oder der Fortgang von „Schwänen“ überhaupt zu schwarzen Schwänen, ist ein in besonderem Sinne „natürlicher“. Er ist natürlich im Sinne der erfahrungsgemässen Nothwendigkeit. Die Störung, die ihm zu Theil wird, ist die Verneinung desselben durch die gehörten Worte. Eben diese Verneinung nun macht, jenem Gesetze gemäss, dass jener Gedanke die Fähigkeit gewinnt, sich dem Gehörten zu widersetzen, und seine Uebermacht überdasselbe zur Geltung zu bringen. Seine Verneinung erzeugt die active Verneinung des ihn Verneinenden.

Alles im Vorstehenden mit Rücksicht auf den speciellen Fall Gesagte müssen wir nun erweitern: Werden in dem Zusammenhang und

Gewebe unserer Vorstellungen, insbesondere dem erfahrungsmässigen Zusammenhange derselben, irgendwelche Punkte erregt, so geht von da aus die Erregung, der Hauptsache nach latent, in allen möglichen Richtungen; sie strahlt allseitig aus, und verzweigt sich wiederum in ihren Ausstrahlungen. Es entsteht so schliesslich ein Netz oder Gewebe der psychischen Erregung, das unzählige Elemente in sich schliessen kann, die mit jenen Punkten in näherer oder entfernterer erfahrungsgemässer Beziehung stehen. Wir haben dann vielleicht im Bewusstsein nur jene Punkte, aber wir unterliegen in unserem Vorstellen, Denken, Handeln der Wirkung aller dieser Ausstrahlungen und Verzweigungen.

Und angenommen nun, es tritt ein Wahrnehmungserlebniss oder eine durch dasselbe uns aufgenöthigte Vorstellung störend d. h. verneinend in den Ablauf dieser Erregungen ein, so erhöht sich die psychische Thätigkeit, die in den in ihrem Ablauf gestörten Elementen verwirklicht ist; es gewinnen insbesondere die negirten Elemente die Fähigkeit, gegen die aufgedrängten Vorstellungen die Uebermacht oder die logische Geltung zu bethätigen, die sie an sich vermöge ihres Erfahrungscharacters besitzen.

Setzen wir jetzt den Fall, ich glaubte jener Behauptung, alle Schwäne seien weiss, obgleich ich im Besitze der Erfahrungen bin, die mir sagen könnten, es sei nicht so, wie hätten wir uns dies verständlich zu machen? Gewiss nicht so, dass wir annehmen, jenes psychologische Gesetz der Stauung gelte für mich nicht. Sondern wir würden sagen: Dies Gesetz verwirklicht sich in mir in dem gegebenen Falle nicht, weil die Bedingungen fehlen. Und dies kann nur heissen: Es unterbleibt bei mir jene „Ausstrahlung“. Nicht, als wären die Vorstellungen schwarzer Schwäne mir überhaupt abhanden gekommen. Die schwarzen Schwäne „fallen“ mir nur jetzt nicht „ein“; die Association zwischen den „Schwänen“ oder dem Wort „Schwäne“ und den schwarzen Schwänen functionirt nicht wie sie sollte. Und fügen wir weiter die Annahme hinzu, dies geschehe nicht vermöge momentaner Zerstreutheit oder dergleichen, sondern vermöge einer dieser Association als solcher jetzt oder überhaupt anhaftenden Unfähigkeit des Functionirens oder des genügend energischen und sicheren Functionirens, so unterläge ich in diesem Glauben oder diesem Urtheil einer „Urtheilssuggestion“.

Damit sage ich nun nicht, dass Suggestionen von dieser Art vorkommen, oder dass die Sache bei Vorgängen, die wir speciell als

Suggestionen zu bezeichnen pflegen, jemals genau so, dass sie vor Allem jemals so einfach liege. Der Fall war nur ein fingirter; er sollte lediglich der möglichst einfachen Darlegung eines allgemeinen Gedankens dienen.

Nehmen wir aber jetzt statt dieses fingirten Falles einen solchen, der uns als thatsächlich berichtet wird. Etwa den von Forel mitgetheilten: Ein Fräulein X. befindet sich in meinem Zimmer; in das Zimmer tritt ein Herr herein. Nun wird der Dame „suggerirt", sie sei vor einem Monat mit diesem Herrn am Bahnhof zusammengetroffen, und der Herr habe sie ihrer Börse beraubt. Die Dame stutzt, glaubt aber an das Gesagte. Sie fügt hinzu: es seien in der Börse 20 Frcs. gewesen etc.

Wie würde ich mich in einem solchen Falle verhalten? Ich würde etwa, falls ich nicht etwa auch zu den Suggestibeln gehörte, die Sache als einen Scherz nehmen, oder vermuthen, es sei mit dem Redner nicht ganz richtig. Ich würde schliesslich vielleicht die Geduld verlieren und ungemüthlich werden. In jedem Falle würde ich sofort, wenn auch nur in Gedanken, widersprechen. Mein Bewusstsein, es sei nicht so, würde sofort über die mir aufgenöthigten Vorstellungen die logische Uebermacht gewinnen.

Nun giebt es keine negativen Vorstellungen, keine Vorstellungen des Nichtberaubtwordenseins etc. Was hier gegen die suggerirten Vorstellungen Einsprache erhebt, müssen also positive Vorstellungen sein, nämlich zunächst die Vorstellungen von dem, was ich jetzt vor einem Monate thatsächlich erlebt habe. Diese Vorstellungen werden in mir durch die Worte erregt, und zwar in solcher Vollständigkeit, dass keine Lücke bleibt, in welche die suggerirten Vorstellungen widerspruchslos eingefügt werden könnten. Damit ist nicht gesagt, dass mir irgend eine dieser Vorstellungen jetzt für sich zum Bewusstsein komme. Vielleicht kann ich mich, auch wenn ich mich besinne, keiner Einzelheit des vor einem Monat Erlebten mehr erinnern. Darum ist doch, was ich damals erlebte, noch in mir vorhanden und wirkt jetzt in mir nach. Nur wenn es überhaupt in mir nachwirkt, kann es in mir die besondere Nachwirkung üben, die in Abweisung der Behauptung zu Tage tritt.

Damit ist aber noch nicht alles gesagt. Wäre ich damals überfallen und beraubt worden, so hätten sich daraus gewisse Consequenzen ergeben müssen. Oder jene Begebenheit hätte stattfinden müssen unter gewissen Voraussetzungen. Und beidem widersprechen wiederum in mir noch wirksame Erfahrungen.

Oder ich habe Ursache, dieses Erlebniss aus allgemeineren Gründen nicht als wahrscheinlich anzusehen, aus sachlichen Gründen, oder Gründen, die in meiner Person liegen. Dies heisst wiederum, es stehen seiner Anerkennung Erfahrungen, nur Erfahrungen allgemeiner Art entgegen. Dieser Factor mag in dem hier angeführten Beispiele von geringerer Wichtigkeit scheinen, umso wichtiger ist er in anderen Fällen. Urteile über Dinge, vorgestellte Erlebnisse etc. können unter dem Einfluss stehen und stehen in gewissem Grade immer unter dem Einflusse umfassender Gewohnheiten und Gesetze des Daseins und Geschehens, d. h. allgemeiner Anschauungen, von uns und dem, was ausser uns ist, von Menschen und Objecten, von Natur und Geschichte, mit anderen Worten unter dem Einfluss zahlloser Erfahrungen, die wir nicht jetzt oder vor Tagen gemacht, sondern im Laufe unseres Lebens aufgesammelt haben. Mögen diese Erfahrungen im Einzelnen noch so wenig Gegenstand bewusster Erinnerung sein können, so begleiten sie uns doch jederzeit und bilden die Basis der Beurtheilung des Einzelnen, das was derselben diese oder jene Richtung, Eigenart, Klangfarbe giebt, was ihr Sicherheit verleiht, andererseits sie einschränkt, modificirt, corrigirt. Zu diesen Anschauungen gehören insbesondere auch die Anschauungen über Glaubwürdigkeit, d. h. die vielfachen Erfahrungen, die wir zusammenfassen in dem Urtheil, dass Menschen irren, lügen, scherzen, uns auf die Probe stellen, uns zum Versuchsobject machen können u. s. w.

Nicht blos einzelne, sondern alle diese tausendfältigen Erfahrungen nun können, soweit sie irgend zu einer von uns gehörten Behauptung in logischer d. h. zunächst in erfahrungsgemässer Beziehung stehen, mitwirken, wenn wir der gehörten Behauptung nicht ohne Weiteres glauben, sondern an ihr zweifeln, gegen sie Kritik üben, schliesslich sie verwerfen. Und sie werden umso sicherer alle dabei mitwirken, also umso unmittelbarer den Zweifel, die Kritik, schliesslich die Verneinung der mit ihnen irgendwie in Widerspruch tretenden Behauptung zuwege bringen, je unmittelbarer jene zu ihnen hinzuführenden „Ausstrahlungen und Verzweigungen“ der latenten psychischen Erregung sich vollziehen. Dieselben können aber in vielen Fällen so unmittelbar sich vollziehen und wirken, dass es keine Uebertreibung ist, wenn man von einer blitzartigen Entstehung und Wirkung derselben redet.

Jetzt vermögen wir die Suggestion und speciell die Urtheilssuggestion einigermaassen zu verstehen. Sie kann und muss zu Stande kommen in dem Maasse, als diese Ausstrahlungen und Verzweigungen

nicht zu Stande kommen können, d. h. in dem Maasse, als das Gewebe der erfahrungsgemässen Beziehungen oder Associationen zwischen dem Inhalt einer Behauptung und jenen für ihre Beurtheilung in Frage kommenden Erfahrungsinhalten, an welchem bei solchen Ausstrahlungen und Verzweigungen die psychische Erregung entlang läuft, wenn nicht zerstört, so doch in seiner Functionsfähigkeit herabgesetzt ist, eine Lähmung erfahren hat, wenn man will, Träger eines abnormen Leistungswiderstandes geworden ist. Bezeichnet man diesen Zustand als relative Dissociation, dann ist solche relative Dissociation die Bedingung der Suggestion.

Hiergegen ist noch ein Einwand möglich. Die durch den Act der Suggestion erweckten Vorstellungen gewinnen zum mindesten bei der Urtheilssuggestion eine Uebermacht, die sie nicht gewinnen sollten. Solche Uebermacht nun könnte an sich einen doppelten Grund haben. Wir nahmen oben an, die Vorstellungen haben die Uebermacht, weil ihre natürlichen Gegner nicht oder nicht mit genügender Stärke auf dem Kampfplatz erscheinen. Man könnte aber diese Uebermacht auch deuten als eine erhöhte Macht, also eine besondere Wirkungsfähigkeit jener Vorstellungen.

Diese Deutung wäre nun zunächst schwer zu begründen. Die suggerirten Vorstellungen sollen bei dem Empfänger der Suggestion vermöge der psychischen oder centralen Verfassung desselben eine besondere Macht ausüben. Die Psyche des Suggestibeln wäre nach dieser Auffassung sozusagen auf die suggerirten Vorstellungen besonders abgestimmt. Aber welche Vorstellungen durch die Suggestion erweckt werden, liegt ja im Belieben des Suggerirenden. Auf beliebige, d. h. schliesslich auf alle Vorstellungen überhaupt, müsste also die Psyche des Suggestibeln besonders abgestimmt sein. Alle möglichen Vorstellungen, also auch die Gegenvorstellungen, müssten in ihr besondere Macht gewinnen können und, soweit sie erregt werden, thatsächlich gewinnen. Daraus ergäbe sich das Gegentheil der Suggestion, nämlich einerseits zwar eine besonders lebhafte Aufnahme der durch den Act der Suggestion aufgenöthigten Vorstellungen, andererseits aber eine in gleichem Maasse erhöhte Energie der Kritik und Abweisung.

Indessen so ist am Ende die Sache nicht gemeint. Nicht die suggerirten Vorstellungen als diese bestimmten Vorstellungen, sondern die suggerirten Vorstellungen als suggerirte, sollen in dem Suggestibeln die besondere Macht gewinnen. Sie sollen sie gewinnen vermöge des Actes der Suggestion, vermöge der besonderen Bedingungen, unter denen die Vorstellungen bei diesem Acte geweckt werden.

Dann fragt es sich: Welches sind diese besonderen Bedingungen? Natürlich können hier nur Bedingungen gemeint sein, die irgendwie für den Suggestibeln bestehen. Im Acte der Suggestion muss dem Suggestibeln ausser den suggerirten Vorstellungen noch etwas gegeben sein, das zu diesen Vorstellungen hinzutritt und ihre Macht erhöht. Dies nun kann ein Zweifaches sein: Die Suggestion geschieht in besonderer Weise, in besonders ernstem, überzeugtem, vertrauenerweckendem Tone, oder sie geschieht seitens einer Person, die dem Suggestibeln einen besonders autoritativen Eindruck, d. h. — soweit wenigstens es sich um Urtheilssuggestion handelt — den Eindruck besonderer Glaubwürdigkeit zu machen geeignet ist.

Dies beides nun lässt sich in Eines zusammenfassen. Der Ton einer Rede kann für den Suggestibeln ein vertrauenswürdiger sein, nur sofern er ihn als solchen kennen gelernt hat, d. h. sofern für ihn Erfahrungen bestehen, die ihm sagen, dass man in solchem Tone nicht zu scherzen, zu lügen u. s. w. pflegt. Ebenso kann eine Person dem Suggestibeln den Eindruck der Glaubwürdigkeit machen, nur sofern für ihn Erfahrungen bestehen, die ihm die Glaubwürdigkeit dieser Personen, oder die Glaubwürdigkeit von Personen dieser Art, bekunden oder wahrscheinlich machen.

Solche Erfahrungen hat nun aber auch der Nichtsuggestible gemacht. Auch ihm ist der Ton der Rede ein vertrauenswürdiger. Jedenfalls können in ihm durch den Ton der Rede dieselben Vorstellungen geweckt werden, die in dem Suggestibeln die gehörten Worte zu besonders vertrauenswürdigen stempeln. Und umgekehrt gesagt: es können in dem Suggestibeln durch den Ton der Rede keine anderen, den Inhalt der Rede unterstützenden Vorstellungen geweckt werden, als in dem Nichtsuggestibeln. Ebenso werden auch die Vorstellungen, die beim Suggestibeln zum Eindruck der Glaubwürdigkeit dieser bestimmten Person sich zusammenfassen, im Nichtsuggestibeln in gleicher Weise hervorgerufen. Der Unterschied besteht nur in der Wirkung dieser und jener Vorstellungen in dem suggestibeln und dem nichtsuggestibeln Individuum. Er kann in nichts Anderem bestehen, wenn man nicht annehmen will, dies suggestible Individuum habe zufällig mehr Gelegenheit gehabt, Vorstellungen von Vertrauens- oder Glaubwürdigkeit zu vollziehen und mit dem Ton einer Rede oder dem Habitus und Gebahren von Personen zu verknüpfen.

Und woher nun dieser Unterschied des Eindruckes? Warum geben wir uns dem autoritativen Eindruck einer Rede oder einer Person

nicht so hin, dass wir unbedingt glauben, was sie uns mittheilt, warum üben wir Reserve, Kritik, Widerspruch? Nun ohne Zweifel darum, weil in uns gewisse Gegenvorstellungen rege sind, nämlich eben diejenigen, in deren Wirksamkeit die Reserve *besteht*, aus denen diese Kritik sich *ergiebt*, die diesen Widerspruch *erheben*. Und warum giebt sich der Suggestible dem Eindruck der Rede oder der Person *unbedingt* hin, also *ohne* Reserve, Kritik, Widerspruch. Nun natürlich, weil in ihm die Reserve, die Kritik, der Widerspruch *fehlt*, oder weil die Gegenvorstellungen, in deren Wirksamkeit bei uns diese Reserve, diese Kritik, dieser Widerspruch *besteht*, ihren *Dienst versagen*. Dabei lasse ich vollständig dahingestellt, welches im gegebenen Falle diese Gegenvorstellungen sein, oder was für Gegenvorstellungen vorzugsweise in Betracht kommen mögen, ob diese vorzugsweise in Betracht kommenden Gegenvorstellungen etwa in spezielleren oder allgemeineren Erfahrungen bestehen, die dem *Inhalt* der Rede entgegenstehen, oder in solchen, die uns sagen, dass auch der autoritativste *Ton* der Rede und der autoritativste Character einer *Person* für die Wahrheit einer Mittheilung nicht beweisend ist.

Damit wären wir dann wieder genau zu der Anschauung zurückgeführt worden, zu der wir uns schon oben bekannt haben.

Indessen, alle solche Ueberlegungen könnten nicht entscheiden, wenn es Thatsachen gäbe, die uns zu einer anderen Auffassung zwängen. Aber solche sind, so viel ich sehe, nicht aufzufinden.

Nehmen wir etwa folgenden Fall:

Einer unbescholtenen Person werde suggerirt, sie habe irgend eine unehrenhafte Handlung begangen. Dieser Suggestion sehen wir vielleicht die Person aufs Heftigste sich widersetzen. Sie kämpft dagegen, vielleicht auch mit Gründen. Aber die Suggestion wird wiederholt. Schliesslich trägt sie den Sieg davon. Hier haben wir, so kann man sagen, doch nicht das Bild ohnmächtiger oder gar fehlender Gegenvorstellungen. Diese Gegenvorstellungen regen sich ja vielmehr mit aller Kraft.

Hierzu ist aber ein Mehrfaches zu bemerken. Die Person widersetzt sich der Suggestion einer unehrenhaften Handlung, d. h. sie *will* sie nicht gethan haben. Sie hat ein moralisches *Interesse* daran, sie nicht gethan zu haben. Aber darum handelt es sich ja hier gar nicht. Solche *gefühlsmässige* Macht von Gegenvorstellungen bildet keine Instanz gegen das „Glauben“. Ich kann im höchsten Grade *wünschen*, dass ich etwas nicht gethan hätte und doch sicher *wissen*, dass ich es gethan habe. Ich weiss es dann eben und schäme mich.

Oder anders ausgedrückt: Die moralischen Vorstellungen, die Vorstellungen von Pflicht, Anstand, Sitte etc., das sind nicht die „Gegenvorstellungen", die in Frage kommen, wenn es sich darum handelt, ob eine suggerirte Handlung geglaubt werde. Solche Vorstellungen können wohl gegen den Glauben kämpfen, und dieser Kampf kann sehr schmerzlich empfunden werden, aber sie können ihn nicht zerstören. Die „Gegenvorstellungen", die allein die letztere Wirkung haben können, diejenigen also, von denen hier allein die Rede ist, das sind die Erfahrungen, die sagen, dass die Handlung thatsächlich nicht geschehen sei, oder erfahrungsgemäss nicht geschehen sein könne. Soweit also in jenem Falle der Kampf gegen die Suggestion gefühlsmässig bedingt ist, beweist er ganz und gar nichts gegen die obige Anschauung.

Man kann aber noch weitergehen und sagen, jener Kampf beweise vielmehr für unsere Anschauung, sofern er nämlich viel eher auf den Mangel oder die Schwäche, als auf das Dasein und die Stärke der erfahrungsgemässen Gegenvorstellungen hindeute. Ich pflege mich nicht zu ereifern, wenn ich meiner Sache sicher bin, wohl aber vielleicht, wenn ich eine schwache Position vertrete. Ich mache meine Meinung heftig geltend, eben weil sie schwach ist, d. h. weil die Gründe oder die erfahrungsgemässen Associationen, die ihr logische Kraft verleihen würden, fehlen oder den Dienst versagen. Ein solches Versagen der erfahrungsgemässen Associationen, die der an sich logisch kraftlosen Vorstellung, dass die suggerirte Handlung nicht geschehen sei, Kraft verleihen könnten, das ist es, woran auch in unserem Falle jener Eifer der Abwehr erinnert.

Offenbar liegt die Unklarheit, die hier obwaltet, in dem Begriff der Gegenvorstellungen. In der That wäre es völlig falsch, allgemein zu sagen, der Ausfall oder die verminderte Kraft der Gegenvorstellungen überhaupt bedinge die Möglichkeit der Suggestion, speciell der Urtheilssuggestion. Ich betone dem gegenüber noch einmal ausdrücklich, worum es sich hier einzig handeln kann. Ich habe oben mit gutem Grunde ausführlicher deutlich zu machen versucht, dass Glaube logische oder objective Uebermacht von Vorstellungen sei. Und ich habe diese objective Uebermacht characterisirt. Ich habe sie vor allem in bestimmten Gegensatz gestellt gegen jede auf subjectiver Anteilnahme am Inhalt der Vorstellungen beruhende Macht oder Uebermacht der Vorstellungen. Will man, so kann man dies auch so bezeichnen, dass man sagt, die logische Uebermacht sei die an sich affectlose,

d. h. von jeder affectiven Betonung des Vorgestellten unabhängige Uebermacht.

Ich habe zugleich die logische Uebermacht positiv bezeichnet als die auf Erfahrungen und erfahrungsgemässen Zusammenhängen beruhende Uebermacht. Auch damit ist diese Uebermacht characterisirt als eine von jeder affectiven Betonung des Vorgestellten unabhängige Uebermacht. Logische Uebermacht, so können wir kurz sagen, ist diejenige, die, falls sie uns überhaupt zum Bewusstsein kommt, in dem Bewusstsein der nackten, gleichgiltig ob so oder so uns „afficirenden" Thatsächlichkeit sich zu erkennen giebt. Und diese resultirt eben aus dem Zwang der Erfahrung. Andererseits liegt nicht minder Gewicht darauf, dass die Gegenvorstellungen, die über eine Suggestion siegen sollen, logische Macht und Uebermacht haben müssen. Endlich meine ich, wenn ich hier von Gegenvorstellungen spreche, die eine Suggestion verhindern können, wie ich gleichfalls deutlich genug zu verstehen gegeben habe, nicht allein die unmittelbaren Gegenvorstellungen, d. h. diejenigen, deren Inhalt dem, was suggerirt werden soll, unmittelbar wie Ja und Nein gegenübersteht, sondern den ganzen, wie wir oben genauer sahen, vielleicht sehr mannigfachen Zusammenhang von Erfahrungen, der irgend direct oder indirect auf die Unwahrheit des Inhaltes der Suggestion hinweist. Mögen immerhin jene unmittelbaren Gegenvorstellungen — nicht nur, wie soeben schon vorausgesetzt wurde, sich einstellen und affective Macht entfalten, sondern auch durch irgendwelche erfahrungsgemässe Beziehungen in diesem oder jenem Grade uns aufgenöthigt sein, also eine gewisse logische Macht haben. Sie brauchen darum doch, wenn nicht zugleich der ganze übrige Zusammenhang der Erfahrungen, der erst ihre volle logische Macht begründet, seine Function übt, nicht im Stande zu sein, die Macht der Suggestion zu brechen. Ich kann diesen oder jenen Grund haben, etwas nicht zu glauben, und es doch glauben.

Immerhin ist der hier bekämpfte Einwand nicht ohne alle positive Bedeutung. Er kann uns erinnern an einen Factor, dessen Wichtigkeit nicht unterschätzt werden darf. Ich nahm in dem vorhin citirten Beispiel an, dass die wiederholte Suggestion endlich den Sieg davon getragen habe. Offenbar ist dies nur möglich, wenn die Wiederholung eine Verstärkung der Wirkung der suggerirten Vorstellungen in sich schloss. Darnach scheint doch die verstärkte Wirkung der suggerirten Vorstellungen, nicht die Lähmung der Gegenwirkung, den Erfolg zu bringen.

Aber hier müssen wir einer neuen allgemeinen psychologischen That-

sache gedenken. Es ist diejenige, die man allgemein mit dem Namen des Gesetzes der Einübung belegen kann. Angenommen eine erste Suggestion hat wohl eine Gegenwirkung, aber keine genügende Gegenwirkung seitens der ihr entgegenstehenden Erfahrungsassociationen gefunden, d. h. es ist wohl der Gedanke der Unwirklichkeit des Suggerirten in dem Empfänger der Suggestion erregt worden, zugleich aber haben doch auch die suggerirten Vorstellungen eine gewisse Macht gewonnen. Dann ist damit eine Disposition für die Zukunft geschaffen, d. h. eine Neigung des Individuums in einem neuen Falle wiederum den suggerirten Vorstellungen eine solche Macht gegenüber den, abgesehen von der Suggestion, allein mächtigen Gegenvorstellungen einzuräumen. Oder anders ausgedrückt, die in jenem Moment zu Stande gekommene Macht der suggerirten Vorstellungen gegenüber den Gegenvorstellungen oder über dieselben ist zu einem bleibenden und demnach bei einer neuen gleichartigen Suggestion nachwirkenden Zustand oder Besitz geworden. Mit dieser Macht summirt sich dann die neue Macht der neuen Suggestion. Dagegen erfährt die Macht der Gegenvorstellungen oder die Fähigkeit ihres Widerspruchs — falls nicht auch sie durch ein neues, einen neuen Anstoss zum Widerspruch oder Zweifel in sich schliessendes Moment bereichert werden — nicht nur keine Steigerung, sondern eine successive Minderung; die Erfahrungen oder erfahrungsgemässen Associationen, die den Zweifel oder Widerspruch begründen, werden successive zum Schweigen gebracht. Die wachsende Tendenz des Individuums, statt den ursprünglich allein in Geltung befindlichen oder objectiv mächtigen Gegenvorstellungen, vielmehr den suggerirten Vorstellungen Gehör zu geben, oder mit ihren gedanklich zu „rechnen“, ist eben zugleich ohne weiteres eine wachsende Tendenz, den Gegenvorstellungen Gehörzu verweigern, oder über sie zur Tagesordnung überzugehen.

Indessen auch hierbei ist das Recht unserer obigen Anschauung vorausgesetzt. Zwei Möglichkeiten stehen der soeben bezeichneten gegenüber. Die eine, dass die den Widerspruch gegen die Suggestion begründenden Associationen von vornherein in genügendem Masse erregt werden um die suggerirten Vorstellungen zur logischen Ohnmacht zu verurtheilen. Dann kann bei erneuter Suggestion lediglich dieser Erfolg eine Steigerung erfahren. Die erste Suggestion oder richtiger der erste Suggestionsversuch liess mich vielleicht einen Augenblick stutzen, beim zweiten lache ich den Redner einfach aus; oder höre gar nicht mehr auf ihn.

Oder der erste Suggestionsversuch traf zwar auf durchweg oder genügend funktionsfähige Gegenassociationen, aber er erregte dieselben nicht sofort in genügendem Maase. Es bedurfte einer gewissen Zeit, wenn sie ihren Dienst vollständig thun sollten. Diese Zeit aber war mir nicht gelassen; ich wurde, wie ich oben sagte, durch die Suggestion überrascht oder „überrumpelt". Die suggerirten Vorstellungen gewannen also in mir eine gewisse Macht oder Wahrscheinlichkeit, ich war in gewissem Grade geneigt ihnen zu glauben. Dagegen trifft mich die zweite Suggestion nicht mehr unvorbereitet, die erneute Erregung der Gegenassociationen vollzieht sich leichter; zugleich geht diese Erregung weiter, sie umfasst die Gegenassociation in vollerem Umfange. Daraus ergiebt sich eine Verstärkung des Zweifels. Wie man sieht, kann hier der schliessliche Erfolg wiederum die volle und sichere Abweisung der Suggestion sein. Und ist diese einmal eine sichere geworden, so kann sich ihre Sicherheit weiterhin nur erhöhen. —

Diese beiden Möglichkeiten nun grenzen zugleich jene oben bezeichnete Möglichkeit genauer ab. Sie zeigen deutlicher die doppelte Bedingung, unter welcher allein die Wiederholung der Suggestion ihre Macht steigert. Es genügt nicht, dass die Gegenassociationen nicht sofort ihre ganze Macht üben, sondern sie dürfen auch nicht, wenn die neue Suggestion einen neuen Anlass oder Anstoss zu ihrer Erregung giebt, um neue, ihre Macht vermehrende Elemente bereichert werden. Es muss also ihrer weiter und weiter gehenden Erregung eine Hemmung entgegenstehen, das Individuum muss sich in einer Verfassung befinden, der zufolge die Gegenassociationen von einer gewissen Grenze an ihren Dienst versagen. Nur von solchen, ihrer vollen Erregbarkeit beraubten Gegenassociationen ist es verständlich, dass ihre Wirkung schliesslich überhaupt ausgeschaltet erscheint. Damit sind wir aber wieder bei unserer Anschauung angelangt.

Mit derselben trete ich schliesslich auch der Art Wundt's, die Suggestion verständlich zu machen, in gewisser Weise entgegen. Wundt führt die Suggestion zurück auf Einengung des Bewusstseins. Hier habe ich zunächst gegen den Ausdruck mich zu wenden. „Einengung des Bewusstseins", darunter scheint nichts anderes verstanden werden zu können, als geringerer Umfang oder geringere Menge dessen, was gleichzeitig im Bewusstsein ist. Dergleichen dürfte bei der Suggestion schwer nachzuweisen sein. Jenes Fräulein X., dem gesagt wurde, sie sei vor einem Monat angefallen und ihrer Börse beraubt worden, eignet sich nicht nur diese Vorstellungen sofort mit aller Leb-

haftigkeit an, sondern sie fügt auch sofort eine Ergänzung hinzu: Es waren 20 Frcs. in der Börse. Das ist Erfüllung des Bewusstseins mit einem Inhalt, der sich bei einem anderen nicht einstellen würde. Dafür fehlen dann andere bewusste Vorstellungen. Es wendet sich also das bewusste Vorstellen beim Suggestibeln nach anderer Richtung. Aber dies ist keine Einengung. In jedem Falle kann die Einengung des Bewusstseins als solche die Suggestion und speciell die Urtheilssuggestion nicht verständlich machen. Nicht darauf kommt es an, dass überhaupt weniger im Bewusstsein ist, sondern darauf, dass die für die Suggestion in Betracht kommenden Gegenassociationen minder functionsfähig sind.

Indessen Wundt drückt sich bestimmter aus: Der Suggestion liegt zu Grunde eine Einengung des Bewusstseins auf die durch Association erregten Vorstellungen. Hier verdoppeln sich meine Bedenken. Ich kenne keine anderen Vorstellungen als solche, die durch Association erregt werden. Association ist eben das Wort für die an sich unbekannte Beziehung zwischen Vorstellungen, vermöge welcher von einer Vorstellung aus eine andere erregt wird.

Dieser mein Widerspruch gegen Wundt nimmt dann weiterhin eine bestimmtere Gestalt an, wenn ich erfahre, es sei beim Suggestibeln die Aufmerksamkeit lahm gelegt, nicht die passive, sondern die active. Dagegen bemerke ich, dass ich zwischen der passiven und der activen Aufmerksamkeit keinen principiellen Unterschied finde. Gewiss erscheint die „Thätigkeit" der Aufmerksamkeit bald in höherem Grade im Lichte meines eigenen Thuns, meiner Bemühung kurz einer Activität, bald in höherem Grade im Lichte einer Thatsache, die ich passiv erlebe. Ich richte meine Aufmerksamkeit bald „freiwillig" auf ein Object, bald zieht ein Object meine Aufmerksamkeit auf sich. Beides aber geschieht nach den gleichen Gesetzen der Vorstellungsbewegung, unter denen die Gesetze der Association eine erste Stelle einnehmen. Insbesondere ist die active Aufmerksamkeit eine Vorstellungsbewegung, die geschieht am Leitfaden der Associationen, zugleich unter dem Einfluss der Beziehungen zur vorstellenden Persönlichkeit, ihren Anlagen Neigungen, Verfassungen, Disponirtheiten etc.

Angenommen aber auch, wir lassen uns Wundt's Unterscheidungen gefallen. Dann gewährt, soviel ich sehe, die Suggestion vielmehr das umgekehrte Bild von dem, das es nach Wundt gewähren müsste. Wenn ich eine Behauptung unmittelbar abweise, weil Erfahrungen, die ich gemacht habe und die sich auf den Inhalt der Behauptung be-

ziehen, der Behauptung widersprechen, so heisst dies doch: dass diese Erfahrungen und diese erfahrungsgemässen Beziehungen oder diese Associationen wirken. Und sie wirken unmittelbar und zwingend; ich erlebe einfach ihre Wirkung. Ich weiss mich dabei so wenig activ, dass ich mir höchstens nachträglich Rechenschaft darüber gebe, was überhaupt dabei das Wirkende war. Ich bemühe mich nicht, das, was der Behauptung widerspricht, geltend zu machen, sondern dies macht sich von selbst geltend, mag ich wollen oder nicht. Ich versuche vielleicht die Behauptung plausibel zu finden, aber der Versuch misslingt; der Zusammenhang meiner Erfahrungen verbietet jede Anerkennung ihrer Wahrheit. Dass dieser Zusammenhang auf mich die zwingende Gewalt übt, und ich demgemäss die Behauptung verwerfen muss, dies ist es ja eben, worin das Wissen, sie sei unwahr, besteht. Alles Wissen ist seiner Natur nach Passivität.

Dagegen zeichnet sich der Suggestible eben dadurch aus, dass bei ihm diese Passivität fehlt. Auch er ist passiv, nämlich gegenüber der Suggestion. Aber er ist insofern minder passiv, als er nicht der Wirkung der Associationen unterliegt, die sich für ihn erfahrungsgemäss daran knüpfen, und er unterliegt ihr nicht, weil die Associationen ihre Wirkung nicht üben. Darum vermag er nun andererseits eine besondere Activität zu üben. Er sucht Gegengründe, die wir nicht zu suchen brauchen. Er wehrt sich, wo wir uns nicht zu wehren brauchen, weil es für uns eine Macht der Suggestion, die solche „Activität" erforderte, nicht giebt.

Und dazu tritt dann die andere Activität, die sich im freien Weiterspinnen der Suggestion verwirklicht. Ich erinnere noch einmal an jene Bemerkung des Fräulein X. es seien in der angeblich geraubten Börse 20 frcs. gewesen. Gewiss beruhte auch diese Bemerkung auf Association. Aber nicht auf einer so unmittelbaren, wie diejenigen sind, die uns veranlassen, erfahrungsgemäss falsche Behauptungen ohne Weiteres abzuweisen. Jenes Fräulein X vollzog, indem sie zur Vorstellung der Börse die Vorstellung der 20 frcs. hinzufügte, einen Akt frei thätiger Phantasie, nur dass sie freilich dieser ihrer freien Thätigkeit sich nicht als einer solchen bewusst war. Sie war sich aber derselben nicht bewusst, wiederum weil die Gegenassociationen fehlten, die diesem Phantasiegebilde hätten entgegentreten können. Angenommen, sie wären ihr entgegen getreten, dann erst hätte das Phantasiegebilde ihr im Lichte einer gegen dieselben gerichteteten Thätigkeit erscheinen können und müssen.

Die eben erwähnte Ergänzung der Suggestion ist, an sich betrachtet, eine Autosuggestion. Solche Autosuggestionen sind allemal eigene oder freie, den unmittelbaren Erfahrungsassociationen entgegentretende und über sie übermächtige Leistungen. Sie schliessen, wenn irgend etwas, psychische Activität in sich. In ihnen ist, wenn irgendwo, die Wirkung der erfahrungsgemässen Associationen und die Passivität des Individuums diesen Associationen gegenüber aufgehoben. Die Autosuggestibeln sind die Herren über die erfahrungsgemässen Zusammenhänge. Sie bauen sich freithätig eine Welt auf in ihrer Phantasie, und halten sie fest der Erfahrung zum Trotz. Dagegen sind die Nichtautosuggestibeln an die Wirklichkeit und die dadurch ihnen aufgenöthigten Associationen gebunden, oder ihnen gegenüber passiv.

Dies hindert doch nicht, dass wir mit Wundt einverstanden sein können, wenn er die Suggestion auf eine Einengung gründet. Nur gründen wir sie nicht auf die Einengung des Bewusstseins als solchen, sondern auf eine Einengung oder Lähmung der Fähigkeit der zunächst potentiell in uns gegebenen Vorstellungen, überhaupt, sei es auch zunächst nur unbewusst, erregt zu werden, genauer auf eine Lähmung der diese Erregung vermittelnden Associationen. Diese Einengung ist zugleich eine Einengung oder Einschränkung auf associativ erregte Vorstellungen, aber nicht auf associtiv erregte Vorstellungen überhaupt, sondern auf die zunächst liegenden d. h. in erster Linie auf die durch die suggerirenden Worte oder Zeichen unmittelbar erregten, dann auf solche, die unmittelbar daran sich knüpfen mögen. Sie ist eine Ausschaltung oder Hemmung jener weiter und weiter gehenden Ausstrahlung und Verzweigung der erregenden Wirkung der associativ verlaufenden Bewegung.

Hiemit hat sich nun auch zugleich unsere Definition der Suggestion vervollständigt. Die Suggestion erweckt zunächst Vorstellungen. Diese Vorstellungen haben ihnen inadäquate Wirkungen. Sie haben dieselben vermöge der inadäquaten Bedingungen. Diese bestehen in jener Lähmung oder Hemmung. Die Suggestion ist also die Hervorrufung einer über das blosse Dasein einer Vorstellung hinausgehenden psychischen Wirkung in einem Individuum, durch Weckung einer Vorstellung seitens einer Person oder eines von dem Individuum verschiedenen Objectes, sofern diese psychische Wirkung durch eine in ausserordentlichem Maasse stattfindende Hemmung oder Lähmung der über die nächste reproducirende Wirkung

der Suggestion hinausgehenden Vorstellungsbewegung bedingt ist.

Aus dieser Definitton ergiebt sich zugleich eine Möglichkeit der Prüfung ihrer Berechtigung. Wie müssen ihr zufolge die Suggestibeln oder in hohem Maasse Suggestibeln sich darstellen? Trifft uns ein freudiges oder schmerzliches Ereigniss, so giebt es für uns tausend Erfahrungen, die uns an allzu rückhaltloser Hingabe an dasselbe hindern, die korrigirend, kritisirend, jedenfalls mässigend oder ausgleichend wirken. Wo diese Erfahrungen ihre Wirkung versagen, da muss jene rückhaltlose Hingabe, jetzt an das erfreuliche, dann an das schmerzliche Ereigniss eintreten. So wird überhaupt der Suggestible jedem Eindruck, und dem was unmittelbar aus ihm folgt, oder woran derselbe unmittelbar erinnert, hingegeben sein. Und wie er hingegeben ist dem beliebigen Eindruck, so wird er hingegeben sein dem beliebigen Einfall. Er verstattet ihm einen Einfluss auf sein psychisches Dasein, gesteht ihm insbesondere wohl auch einen logischen oder Wirklichkeitswerth zu, der ihm beim Normaleren durch die Erfahrungen, die spezielleren und zeitlich oder sachlich näherliegenden, vor Allem aber die allgemeineren, nicht so speziell auf den Einfall bezüglichen, im Laufe des Lebens da und dort immer wieder gemachten, d. h. durch gewisse allmälig erworbene und nun feststehende Betrachtungsweisen der Dinge und des Lebens verwehrt wird. Es scheint, dass dies Bild auf diejenigen, die der Suggestion — im engeren Sinne — vorzugsweise zugänglich sind, einigermassen zutrifft.

Ich breche damit ab. Ich sprach speciell von der Urtheilssuggestion. Daneben erkannte ich an die Suggestion von Empfindungen oder Wahrnehmungen, und die Suggestion von Willensakten und Handlungen. Wäre ich auf diese eingegangen, so hätte ich nicht nur den Gang der Untersuchung wiederholen müssen, sondern ich wäre auch principiell zum gleichen Ergebniss gelangt.

Und gar nicht habe ich gesprochen von der Hypnose und den besonderen Bedingungen der hypnotischen Suggestion. Aber auch darauf scheint mir die zuletzt, geflissentlich in möglichst allgemeinen Ausdrücken gegebene Definition der Suggestion zuzutreffen. Zugleich leuchtet doch ein, welche neuen Momente hier, den Erfolg erleichternd und verstärkend, hinzutreten.

Vollends habe ich durch nichts hingedeutet auf die gewiss besonders auffallenden, aber doch, wenn einmal ein Verständniss der Suggestion überhaupt gegeben ist, psychologisch keineswegs wunderbaren posthypnotischen Wirkungen.

Eine letzte Bemerkung betrifft meine psychologische Fassung oder Formulirung der Sache. Ich redete oben von latenter psychischer Erregung; von Vorstellungen, die nur anklingen, ohne zum Bewusstsein zu kommen. Gegen solche unbewussten und doch „psychischen" Thatbestände oder Vorgänge hat sich in letzter Zeit auch der sehr verehrte Herausgeber dieser Zeitschrift gelegentlich gewendet. Ich irre aber wohl nicht, wenn ich annehme, dass er den „Begriff des Unbewussten in der Psychologie", wie ich ihn aufgestellt und auf dem III. internationalen Psychologen-Congress in einem diesen Titel tragenden Vortrage vertreten habe, damit nicht zu treffen beabsichtigt. Wäre es indessen so, dann würde ich antworten, dass die Bezeichnung der latenten oder unbewussten psychischen Erregungen mit dem Namen Gehirnerregungen an der Sache nicht das Allermindeste ändere. Zugleich würde ich doch dabei bleiben, meinen Ausdruck vorzuziehen. Dies aus dem einfachen Grunde, weil zwar der Psychologe von unbewusst nachwirkenden ehemaligen Bewusstseinserlebnissen — und das sind eben die „unbewussten Vorstellungen", — auf Grund vieler Thatsachen die sicherste Kenntniss besitzt, der Physiologe aber von den Gehirnvorgängen, in welche er diese eben auflöst, eine unmittelbare physiologische Kenntniss nicht besitzt, sondern solche Vorgänge lediglich, und zwar eben auf Grund jener psychologischen Thatsachen, postuliren kann. Ich werde mit anderen Worten bei meiner Ausdrucksweise zu bleiben vorziehen, weil sie die vorsichtigere ist, diejenige, mit welcher ich am meisten bei den Thatsachen bleibe. Man ist überhaupt immer umso vorsichtiger, je mehr man Psychologe ist.

Etwas ähnliches gilt dann auch mit Rücksicht auf den Umstand, dass ich die Association, und darnach auch die Dissociation, als Association bezw. Dissociation von Vorstellungen, nicht von Gehirnerregungen bezeichne. Wiederum wissen wir von den ersteren, als Psychologen, während die letzteren kein Physiologe oder Anatom jemals gesehen hat, darum auch keiner von ihnen reden würde, wenn ihn nicht psychologische Erfahrung dazu veranlasste. Es ist eben doch, so wie die Dinge bis jetzt liegen, genau so, wie ich in jenem Vortrag sage: Physiologische Erklärung psychischer Erscheinungen ist Psychologie, nur in die Sprache der Gehirnphysiologie übertragen.

Discussion.

Dr. von Schrenk-Notzing: Im wesentlichen Inhalt glaube ich den Ausführungen des Prof. Lipps beistimmen zu können. Die ausserodentliche Wichtigkeit, eine klare und allgemein giltige Definition für die „Suggestion“ zu finden, erhellt aus den zahlreichen in der Literatur vorliegenden Definitionsversuchen, auf die ich hier kurz eingehen werde.

Liébeault bezeichnet die Erzeugung einer Vorstellung durch Wort und Geberde in einem Schlafenden, um die Abwickelung eines körperlichen oder geistigen Vorganges zu veranlassen, als Suggestion.

Bernheim definirt die Suggestion im weitesten Sinne als den Vorgang, durch welchen eine Vorstellung in das Gehirn eingeführt und von ihm angenommen wird.

Forel sieht in der Suggestion die Erzeugung einer dynamischen Veränderung des Nervensystems eines Menschen mittels Hervorrufung der Vorstellung, dass jene Veränderung stattfindet oder bereits stattgefunden hat oder stattfinden wird.

Nach Moll besteht die Suggestion in der Hervorrufung eines Ereignisses durch Erweckung eines ihm entsprechenden psychischen Inhaltes.

Für Freud bedeutet das Wort „Suggestion“ das Erwecken psychischer Zustände nach den Gesetzen der Association.

Lehmann versteht unter Suggestion eine durch Sinnesreiz bewirkte Reproduction eines psychophysischen Zustandes, von dem das Individuum sich nicht frei machen kann.

William Hirsch bezeichnet die Suggestion als Erzeugung von Empfindungen, Stimmungen und Vorstellungen, welche sich zu ihren

Erregern in einem inadäquaten Verhältniss befinden, d. h. die Suggestion ist eine inducirte Wahnvorstellung. Ihre Intensität steht im umgekehrten Verhältniss zur geistigen Gesundheit, weswegen die Manipulationen zur Erhöhung der Suggestibilität als gefährlich und schädlich anzusehen sind.

Da diese Definition am meisten dem Sachverhalt widerspricht, und da auch in dem Vortrage des Prof. Lipps von dem inadäquaten Verhältniss der Reaction zur Erregung gesprochen wurde, so sei an dieser Stelle hervorgehoben, dass nicht darauf ankommt, es beim Process des Suggerirens ganz gleichgiltig ist, ob die erzeugten suggerirten Vorstellungen ein adäquates oder inadäquates Verhältniss zur Stärke und Qualität der Erreger zeigen. Gewiss hängt von der Stärke des Reizes der suggestive Effect bis zu einem gewissen Grade ab. Sicherlich können suggerirte Hallucinationen ein inadäquates Verhältniss zu den physiologischen Erregern zeigen. Wenn es sich aber um die Neubelebung und Stärkung bestimmter Vorstellungsgruppen handelt, z. B. von Bewegungsvorstellungen für bestimmte Muskeln, so lässt sich doch die intrapsychische Zuleitung psychischer Erregungen auf associativem Wege mit Hilfe von Suggestion nicht im Sinne eines inadäquaten Verhältnisses zu den physiologischen Erregern auffassen. Und schliesslich bezeichnet doch auch die Erweckung von Empfindungs- und Erinnerungsbildern durch Vorstellungen keine Umkehrung der natürlichen Verhältnisse, wie Hirsch glaubt. Die ganze Theorie von Hirsch wird dadurch hinfällig, dass sie lediglich die Erzeugung von Vorstellungen auf dem Wege der Sinnesempfindung berücksichtigt, dagegen die Reproduction ignorirt. Nach seiner Theorie wären Traumbilder unphysiologisch.

Wundt versteht unter Suggestion: Association mit gleichzeitiger Einengung des Bewusstseins auf die durch Association angeregten Vorstellungen, so dass widerstrebende seelische Verbindungen nicht zur Geltung kommen.

Oskar Vogt bezeichnet als suggestiv psychophysische Phänomene, welche eine abnorm intensive Folgewirkung von Zielvorstellungen darstellen. Unter hypnotischen Bewusstseinszuständen werden diejenigen verstanden, welche realisirte affectlose Suggestionen aufweisen.

Die hypnotischen Suggestionen dürfen also nach dieser Auffassung nicht von einer stärkeren Gefühlsbetonung begleitet sein, sondern nur durch den Inhalt der Zielvorstellung zu Stande kommen. Um-

gekehrt kann im wachen Zustande eine Zielvorstellung in Folge ihrer starken Gefühlsbetonung zur Suggestion werden, während der Inhalt der Vorstellung für die Erzeugung des Resultates nebensächlich wird.

Wir haben also hier für das Wesen der Suggestion zwei verschiedene Definitionen je nach dem Zusammenhang, in welchem sie auftritt. Wie will man aber dafür ein zweifelloses Kriterium haben, ob eine reproducirte Vorstellung sich leichter realisirt in Folge ihres Inhaltes oder in Folge der von ihr bis zu einem gewissen Grade unzertrennlichen Gefühlsbetonung? Warum sollte denn nicht beim Deutlicherwerden der Erinnerungsbilder, wie es durch Suggestion angestrebt wird, auch die Intensität der damit verbundenen Gefühlstöne zunehmen, und warum ist diese letztere andrerseits durch den Act der Hypnotisirung ausgeschaltet? Ich konnte im wachen Zustande Katalepsie hervorrufen ohne in Bezug auf die Gefühlsbetonung nur den geringsten Unterschied mit demselben Vorgang in der Hypnose zu beobachten. Und warum sollte auch im wachen Zustand sich eine Vorstellung sich nicht ebenso in Folge ihres Vorstellungsinhaltes realisiren, als im hypnotischen? Darin stimme ich allerdings Vogt bei, dass auch auf affectivem Wege Vorstellungen im wachen Zustande erzeugt werden können, die sich von der Suggestion in der Wirkungsweise nicht unterscheiden.

Auch vom logischen Standpunkte erscheint es unberechtigt, zwei Definitionen für denselben Begriff anzuwenden. Das könnte die schon hinreichend vorhandenen Missverständnisse auf diesem Gebiet nur vergrössern. Die abnorm intensive Folgewirkung von Zielvorstellungen, wie Vogt die Suggestion bezeichnet, kann nach meiner Ansicht in beiden Fällen der Realisirung im wachen und im hypnotischen Zustande bald mehr in Folge des Vorstellungsinhaltes, bald mehr in Folge der Gefühlsbetonung eintreten. Eine strenge Grenze oder ein charakteristisches Unterscheidungsmerkmal kann ich nicht darin finden. Die Intensität des suggestiven Vorganges wird in der Regel durch hinzutretende Schlafhemmung gefördert, aber in ihrem Wesen und Ablauf nicht geändert. Ja, es giebt auch Personen, die für gewissen Acte eine individuell gesteigerte Suggestibilität besitzen und im hypnotischen Zustande entgegen der Regel kaum einen Zuwachs wahrnehmen lassen.

Dagegen ist über die Erzeugung der Zielvorstellungen in der Vogt'schen Definition nichts enthalten! Nach dem Wortlaut seiner Auffassung müssten also auch zu den Suggestionen gehören: im

associativen Verkehr behinderte Vorstellungen, deren Intensität durch krankhafte Processe des Gehirns gesteigert ist!

In Erwägung der Unzulänglichkeit dieser und der früher genannten Definitionen schlage ich folgende Fassung vor:

Suggestion ist Einschränkung der Associationsthätigkeit auf bestimmte Bewusstseinsinhalte, lediglich durch Inanspruchnahme der Erinnerung und Phantasie in der Weise, dass der Einfluss entgegenwirkender Vorstellungsverbindungen abgeschwächt oder aufgehoben wird, woraus sich eine Intensitätssteigerung des suggerirten Bewusstseinsinhaltes über die Norm ergiebt. Bei Individuen, die im Augenblicke der Erzeugung eines psychischen Inhaltes noch nicht über Gegenvorstellungen verfügen (Thieren, Kindern, Wilden, Ungebildeten), kennzeichnet sich der betreffende psychische Inhalt erst dann als suggerirt, so bald er seine Intensität gegenüber den erst nachträglich gebildeten (im Sinne der Correctur und Hemmung) entgegenwirkenden Vorstellungen in der oben genannten Weise behauptet.

Wenn inhaltlich mit der hier vorgeschlagenen Bezeichnung dasselbe ausgedrückt wird wie in derjenigen des Professor Lipps, so erscheint diese Fassung doch präciser und weniger Missverständnissen ausgesetzt. Sie enthält die wesentlichen Merkmale des Begriffes Suggestion: In positiver Beziehung wird die im Vergleich zu den gewohnheitsmässig auftretenden Inhalten vorhandene Stärke des suggerirten Inhalts betont, in negativer Beziehung die Abschwächung der gewohnheitsmässig eintretenden Gegenvorstellungen, zwei Seiten, die sich gegenseitig bedingen. Als die Art der Erzeugung ist lediglich der reproductive Weg (d. h. mit Hilfe von Erinnerungsbildern) angegeben. Fördernde Dispositionen, wie z. B. Neigung zur Dissociation (bei Hysterischen), das Triebleben (Hunger, Durst), Affecte, Schlaf, hypnotische Zustände sind nicht für den eigentlichen Vorgang des Suggerirens erforderlich, so sehr sie ihn im concreten Fall unterstützen mögen.

Die bei bestimmten Erziehungsmethoden im Unterricht den kindlichen Gehirnen eingepflanzten, eingeübten und ohne Widerstand angenommenen Vorstellungsinhalte können eine suggestive Wirkung ausüben, sobald sie sich im späteren Leben gegenüber den hemmenden (oft aus den egoistischen Interessen stammenden) und viel später

gebildeten Gegenvorstellungen in ihrer Wirkungsweise behaupten. Sicherlich spielt die Gefühlsbetonung bei der Aufnahme und Verwerthung von Vorstellungen eine grosse Rolle, sie kann ausschlaggebend sein für das Schicksal einer Vorstellung, ohne aber für den Begriff der Suggestion eine andere Bedeutung als die eines fördernden Accidens zu besitzen. Alle möglichen Reize können gelegentlich suggestiv wirken, je nach ihrer Stärke, nach der Art, wie durch sie Vorstellungen erzeugt werden. Man hat danach Objectsuggestionen von Personalsuggestionen und diese wieder von den Autosuggestionen unterschieden, je nachdem die Erregung von einem Objekt, von einer Person oder von der Gehirnthätigkeit des betreffenden Individuums ausgeht. Die früher sogenannten „unbewussten" Suggestionen sollte man richtiger bezeichnen als absichtslose Suggestionen, da diese Vorstellungen nicht mit der Absicht einer suggestiven Wirkung erzeugt wurden, während der betreffende Vorstellungsinhalt doch wohl bewusst war. Ferner giebt es unbemerkte absichtslose Suggestionen; der Fall tritt ein, wenn ein Arzt durch die Art seines Krankenexamens einem Patienten Krankheitssymptome erzeugt. In diesem Fall handelt der Agent ohne Absicht und der Percipient bemerkt nicht, dass er Opfer einer Suggestion wurde, sondern erklärt die Genese des betreffenden Symptoms in anderer Weise.

Uebrigens kann die Absicht der Suggerirung hemmende Gegenvorstellungen erzeugen, weswegen ein geschickter Operateur mitunter seinem Patienten Suggestionen giebt, ohne dass dieser die Absicht erkennt (larvirte Suggestion). Was nun die Thätigkeit der Aufmerksamkeit betrifft, so ist zu bemerken, dass auch das Hervorrufen von Erinnerungsbildern einen gewissen Grad von Aufmerksamkeit bedingt. Je stärker und vollständiger dieselbe absorbirt ist durch den suggerirten Inhalt, um so geringer sind die Aussichten hemmender Gegenvorstellungen, zur Geltung zu kommen. So möchte ich den Zustand, in welchem Archimedes sich befand, als er, seine Kreise im Sande zeichnend, überfallen wurde, als einen suggestiven bezeichnen. Merkwürdig genug erscheint es, dass der Jesuitenpater Kircher sein berühmtes hypnotisches Experiment mit dem Huhn bereits 1646 betitelte: „Ueber die Einbildungskraft des Huhnes" in richtiger Ahnung des suggestiven Factors.

Parish: Ich behalte mir vor, bei späterer Gelegenheit auf die interessanten thatsächlichen Ausführungen des Herrn Vortragenden

zurückzukommen; heute möchte ich mich vorläufig auf die Bestimmung des Begriffes „Suggestion“ beschränken. Ich befinde mich dabei zu meinem Bedauern auf der Seite einer von Herrn Prof. Lipps angegriffenen Anschauung.

Denn um zuerst von der historischen Entwickelung des Begriffes Suggestion auszugehen, so ist dies Wort durch die Ausbildung der Lehre von der Hypnose und durch die Verbreitung von deren Kenntniss als terminus technicus bekannt geworden. Aber hier wurde dieses Wort gebraucht nicht zur Bezeichnung einer umschriebenen Gruppe „ausserordentlicher“ Phänomene — der hypnotischen z. B. — sondern zur Erklärung der Hypnose aus ihren Phänomenen. Klar ersichtlich wird dieser mit dem Wort Suggestion bezeichnete Begriff, wenn man sich daran erinnert, dass er auftritt im Gegensatz zu zwei anderen Erklärungsprincipien der hypnotischen Erscheinungen. Denn während die eine Anschauung in diesen die Wirkung eines mystischen Agens sieht, die andere dieselben durch gewisse somatische Veränderungen erklärt, führt die dritte sie auf Suggestion zurück, d. h. sie behauptet: die hypnotischen Erscheinungen sind psychisch bedingt, sie gehorchen denselben Gesetzen, welche im gewöhnlichen Leben die gewohnten — die normalen — Phänomene beherrschen. Im Gegensatz zu jenen anderen Anschauungen ist das Erklärungsprincip Bernheim's: „die Gesetze, welche im normalen psychischen Leben den Vorstellungsverlauf inhaltlich ordnen“, und für diesen langathmigen Ausdruck verwendet er einen kürzeren, eben das Wort „Suggestion“.

Ich will nun gerne zugeben, dass diese Fassung des Begriffs, wie schon das gewählte Wort beweist, nicht die ursprüngliche ist, von der die Franzosen ausgingen. Sie waren practische Aerzte, nicht Psychologen von Fach: für sie ist der Ablauf einer einmal in Gang gesetzten Gedankenreihe nicht weiter erklärungsbedürftig. Was sie betonen ist, dass eine einmal in Gang befindliche Reihe von Vorstellungen beeinflusst, aus ihrer Bahn abgelenkt werden kann, dass neue Sinneswahrnehmungen (an diese werden sie zunächst gedacht haben) neue Vorstellungsreihen auszulösen, bestehende Gedankengänge zu alteriren vermögen. Diese Auslösung neuer Vorstellungen, diese Beeinflussung der Gedankenrichtung durch neue Sinneswahrnehmungen nennen sie „suggeriren“, und man kann daher unter Suggestion verstehen: jede beliebige Sinneswahrnehmung, insofern sie Vorstellungen erweckt, insofern sie bestehende Vorstellungsgänge inhaltlich beeinflusst, kurz insofern sie reproducirendes Moment ist.

Mag man nun diese letztere oder jene aus ihr leicht ableitbare weitere Fassung des Begriffs „Suggestion" vorziehen, jedenfalls steht fest, dass Bernheim unter Suggestion nicht verstanden hat abnorme, aussergewöhnlichen Zuständen eigene Phänomene, etwas was nur in diesen Zuständen klar zu studieren, in anderen nur bei gehöriger Dehnung und Streckung des Begriffs zu finden wäre; im Gegentheil: Suggestion ist für ihn das, was den normalen Vorstellungsablauf regelt, und dicke Bücher müssen erst von ihm geschrieben werden zum Beweis, dass dieser Begriff auch zur Erklärung abnormer Phänomene herangezogen werden darf.

Im Gegensatz zu diesem historisch gewachsenen Begriff der Suggestion als Erklärungsprincip hat heute Herr Prof. Lipps mit diesem Wort eine umgrenzte Gruppe „ausserordentlicher" Phänomene bezeichnet, die er kurz auf die Gesetze des normalen psychischen Geschehens zurückzuführen versucht hat. Indessen es giebt in diesem Sinne gar keine „Psychologie der Suggestion". Denn das „Ausserordentliche, dass etwas Anderes eintritt, als man nach den Reproductionsgesetzen zu erwarten hat, gerade das, wodurch sich die vom Herrn Vortragenden als Suggestion bezeichnete Gruppe von Erscheinungen characterisirt, gerade das ist aus den psychologischen Gesetzen nicht ableitbar. Die Reproduction erklärt z. B. nicht, dass ein Hypnotisirter hallucinirt, sondern nur was er hallucinirt. Eine Lehre vom Aufbau ausserordentlicher Phänomene auf Grund der normalpsycholog. Gesetze, eine solche Lehre giebt es nicht, denn auf Grund dieser Gesetze lassen sich nur normale, nicht aber abnormale Phänomene ableiten. Zur vollständigen Erklärung der abnormalen psychischen Phänomene ist die Beiziehung eines zweiten, weiteren Factors nöthig, des psychischen Zustandes des betr. Hypnotisirten, der „zufälligen" (?) Hemmung der Gegenvorstellungen, seiner Kritiklosigkeit oder wie die Ausdrücke alle lauten. Dieser Factor ist bei Beginn der Untersuchung unbekannt; es kann sich daher bei einer Erklärung abnormaler Phänomene nur darum handeln, diesen Factor zu erschliessen. Die „Suggestionslehre" ist also die Lehre, welche die Anwendbarkeit der psychologischen Gesetze auf abnormale Erscheinungen untersucht, sie ist die Beantwortung der Frage: Wenn wir annehmen, dass alle diese Phänomene psychisch bedingt sind, dass sie den bekannten Gesetzen gehorchen, lässt sich dann ein zweiter ihnen allen gemeinsamer Factor auffinden, der erklärt, warum nicht ein normales, sondern ein aussergewöhnliches Ergebniss von uns constatirt wurde? Welches ist dieser Factor? Was ist das Wesen der Hypnose?

Eine solche Auffassung der Suggestionslehre, überhaupt der Suggestion zwingt uns nicht, ein neues Schubfach für eine bestimmte Gruppe aus den psychologischen Gesetzen nicht ableitbarer Erscheinungen anzulegen, sondern sie zerstört die starre Grenzscheide, die Unableitbarkeit aussergewöhnlicher Erscheinungen von den normalen, indem sie die Bedingungen ihres Vorkommens aus jenen Gesetzen erschliesst.

Wenn ich schon aus diesem Grunde mich der heute vorgetragenen Definition der Suggestion gegenüber ablehnend verhalten muss, weil ich in ihr zum Mindesten einen Fortschritt nicht zu erkennen vermag, so habe ich ausserdem dafür noch zwei weitere Bedenken. Ich halte es erstens nicht für opportun, in einer so jungen Wissenschaft Missverständnisse dadurch zu ermöglichen, dass man einem in ihr gebräuchlichen terminus technicus einen neuen Sinn unterschiebt. Wie leicht solcher doppelte Gebrauch eines und desselben Wortes zu Collisionen führt, zeigt sehr prägnant die von Herrn v. Schrenck soeben vorgeschlagene Definition der Suggestion. Während er „Suggestion" ungefähr in dem Sinne des Vortragenden auffasst, benutzt er im gleichen Satze das davon abgeleitete „suggerirte Vorstellung" in meinem Sinne, im Sinne von „angeregt", „ausgelöst". — Zweitens aber hat das Wort eine historische Bedeutung. Mit diesem Wort und mit dem eben von mir entwickelten Begriff ist es gelungen, ein weites Gebiet von Erscheinungen der Mystik und dem Aberglauben zu entreissen; an dieses Wort knüpfen sich Fortschritte in der Auffassung von Krankheitssymtomen und therapeutischen Erfolgen; an der Hand dieses Begriffs beginnen Aenderungen in der Handhabung der Rechtsprechung sich zu vollziehen. Lassen wir darum doch dem Worte, an das so viel Fortschritt sich knüpft, die alte Bedeutung, welche diejenigen ihm gaben, die den Begriff geprägt.

Dr. Offner definirt den in Frage stehenden Begriff, wie folgt:

Suggeriren heisst, auf reproductivem Wege Seelenzustände (Vorstellungen, Gefühle, Strebungen) erzeugen, deren Intensität des Auftretens oder deren Begleit- und Folgeerscheinungen, ohne Vorhandensein einer unterstützenden seelischen oder körperlichen Disposition, wesentlich hinausgehen über die Intensität des Auftretens oder über die Begleit- und Folgeerscheinungen, welche bei den nämlichen Seelenzuständen am gleichen Individuum als normal beobachtet werden.

Ein derartiger anormaler, aber darum nicht krankhafter Seelenzustand ist eine Suggestion.

Es kann also dieselbe Vorstellung, dasselbe Gefühl, derselbe Willensact das eine Mal als suggerirt, als Suggestion bezeichnet werden, das andere Mal nicht.

Was einen Seelenzustand zu einer solchen stempelt, ist somit, dass er 1. nur auf reproductivem Wege erzeugt ist, besonders durch Worte und Zeichen; 2. mit grösserer Intensität sich im Bewusstsein festsetzt, Hallucination wird und für gewöhnlich erfolgreich wirkende Hemmungsvorstellungen wirkungslos macht, und zwar ohne besondere fördernde Dispositionen, wie etwa grossen Hunger, starken Durst, heftige Liebe.

Davon ist scharf zu scheiden die Frage nach der Ursache und dem Wesen jenes eigenthümlichen Zustandes, der es ermöglicht, dass Seelenzustände (Vorstellungen, Gefühle, Willensacte) in so abweichender Art auftreten, d. h. die Frage nach Ursache und Wesen der Suggestibilität.

Dr. **Minde** macht darauf aufmerksam, dass das Wort Suggestion schon vor dem Jahre 1811 in richtiger Bedeutung in der Literatur vorkomme.

Prof. **Lipps** stimmt den einzelnen Rednern darin bei, dass das eigentlich characteristische Moment beim Suggeriren in der Unwirksamkeit der Gegenvorstellungen bestehe.

Ueber einen Fall von hysterischem Somnambulismus

nebst einleitenden Bemerkungen über den Geisteszustand der Hysterischen

von

L. Loewenfeld, München.

Mit dem Geisteszustand der Hysterischen hat sich in den letzten 10 Jahren eine Reihe von Autoren beschäftigt, und zwar waren es insbesonders französische Aerzte, welche dem Gegenstande besondere Aufmerksamkeit zuwandten. [1]) Den Anlafs hierzu lieferten wohl hauptsächlich zwei Umstände, einerseits die Erkenntniss, die wir wesentlich Charcot verdanken, dafs der Geisteszustand der Hysterischen die Wurzel sehr vieler und wichtiger hysterischer Symptome bildet, anderseits die Wahrnehmung, die sich bei dem Studium der Hysteria virilis aufdrängte, dass die hysterischen Männer zumeist in ihrem Verhalten nichts von dem bekunden, was nach allgemeiner Auffassung den hysterischen Character bilden sollte. Als die Grundelemente dieses Characters galten Launenhaftigkeit und Unbeständigkeit, fortwährendes Schwanken der Stimmung, daneben crasser Egoismus, Hang zur Uebertreibung, Simulation und Lüge, sowie extreme Empfindlichkeit. Bei den männlichen Hysterischen, speciell den mit traumatischer Hysterie

---

[1]) Es seien hier nur erwähnt: Marquézy, l'homme hystérique, Bullet. med. 1888, pag. 1126 u. f.; Tabaraud, Des rapports de la dégénérescence mentale et de l'hystérie. Thése de Paris, 1888; Gilles de la Tourette, Considerations sur les ecchymoses spontanées et sur l'état mental des hysteriques. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière III, 1890, pag. 49 u. f. und traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, 1. Band 1891, pag. 488 u. f. Laurent de l'état mental des hystériques. Arch. clin. de Bordeaux, Sept. 1892.

Behafteten, fand sich dagegen sehr häufig als hervorstehender Zug lediglich eine andauernde deprimirte (hypochondrisch-melancholische) Stimmung. Die Studien der französischen Beobachter haben zwar zu keiner einheitlichen Anschauung über den Geisteszustand der Hysterischen geführt, aber ein für die Auffassung der Hysterie und die Beurtheilung der Hysterischen höchst wichtiges Ergebniss geliefert. Charcot[1]) zeigte, dass man an dem Geisteszustande der Hysterischen zu unterscheiden hat zwischen dem, was der Hysterie als solcher, und dem, was der damit vergesellschafteten psychopathischen Belastung (Degeneration) angehört. Die Hysterischen können in Folge einer Complication ihrer hereditären Belastung zugleich Dégénerés sein und als solche die geistigen Stigmata der psychopathischen Degeneration aufweisen, wie sie in Frankreich insbesondere von Magnan, in Deutschland von Koch beschrieben wurden. In das Gebiet dieser Stigmata gehören die psychischen Eigenthümlichkeiten, die man als hysterischen Character zusammenfasste. Die Hysterischen zeigen denselben nur, soweit sie zugleich Dégénerés sind, was durchaus nicht immer der Fall ist. Die Thatsachen, auf welche sich diese bedeutsame Erkenntniss stützt, sind den früheren Beobachtern keineswegs entgangen. Huchard[2]) z. B., dem wir eine sehr eingehende Darstellung des Geisteszustandes der Hysterischen verdanken, bemerkt, dass die Hysterischen während ihrer Existenz intellectuelle Störungen oder einfache Characteranomalien darbieten können, ohne Anfälle oder andere Aeusserungen der Neurose zu haben, und dass man auch Kranken mit den ausgesprochensten Anfällen und permanenten Erscheinungen der Neurose begegnet, welche in keiner Art und keinem Grade den hysterischen Character documentiren.

Man sollte glauben, dass diese weissen Raben unter den Hysterischen ebenso wie die mit dem hysterischen Character Behafteten ohne sonstige hysterische Erscheinungen hätten Zweifel erwecken müssen, ob man dann ein Recht habe, den Character der Hysterischen ganz allgemein so schwarz zu malen; von solchen Zweifeln war jedoch keine Rede; man kümmerte sich einfach um die unbequemen, zur landläufigen Theorie nicht stimmenden Thatsachen nicht weiter und verzichtete auf jeden Versuch ihrer Erklärung.

---

[1]) V. Gilles de la Tourette, Traité, I. Band, S. 491.

[2]) Huchard, Caractère, moeurs, état mental des hystériques. Arch. de Neurologie, Vol. III, 1882, Nr. 8, S. 187 u. f.

Auch Pitres[1]) führt die Unterschiede in dem Geisteszustande und Character der Hysterischen auf die Verschiedenartigkeit und Complicirtheit der hereditären Verhältnisse zurück, von welchen die Prädisposition zur Hysterie sich herleitet. In den einfachsten Fällen ist die Erkrankung nach P. von keiner psychischen Störung begleitet; in anderen Fällen ist sie mit intellectuellen und moralischen Anomalien vergesellschaftet, ähnlich denjenigen bei dem hereditären Irrsein. Diese Anomalien hängen nicht von der Hysterie ab, sie bilden lediglich eine Complication derselben. Nach P.'s Ansicht giebt es überhaupt keinen den Hysterischen eigenthümlichen Geisteszustand, „il y a seulement des associations morbides frequentes par le fait des quelles toutes les formes de la dégénérescence héréditaire peuvent coexister avec l'hystérie".

Pierre Janet[2]), welcher von dem Geisteszustande der Hysterischen im Allgemeinen ein wenig günstiges Bild entwirft — er betrachtet dieselben als mehr minder Geistesschwache und huldigt in manchen Punkten noch der älteren Lehre bezüglich ihres Characters — sieht sich veranlasst, dieselben wenigstens gegen den Vorwurf der Lügenhaftigkeit und Simulation in Schutz zu nehmen. Er bemerkt, dass sich alle möglichen Fehler und Laster bei Hysterischen wie bei anderen Menschen finden können, dass aber im Ganzen und in Folge ihrer Krankheit dieselben nicht mehr lügen als gewöhnliche Sterbliche. Und was die Simulation als absichtliche Täuschung betrifft, so glaubt er, dass dieselbe bei Hysterischen wie bei anderen Personen als individuelle Charactereigenthümlichkeit oder Folge schlechter Erziehung vorkommt, in Ausnahmsfällen auch in Folge einer Art von Zwangstrieb, dass man aber dieselbe nicht zu einem specifischen Characteristicum der Krankheit machen kann.

Von deutschen Autoren hat hat sich von Pfungen[3]) entschieden gegen die übliche Auffassung von dem Charakter der Hysterischen ausgesprochen. „Den Character der Hysterischen", bemerkt er, „als gleichartig selbstbewusst, träumerisch, extravagant, zu Possen und Comödie geneigt hinzustellen, wäre entschieden einseitig. Neben diesen individuellen Characterzügen sind nahezu in gleicher Zahl timide, willensschwache und nur durch eine verständige Umgebung zu voller physischer und psychischer Leistung ihres Berufes und ihrer Lebens-

[1]) Pitres, Leçons clinique sur l'hysterie et l'hypnotisme, 1. Bd., 1891, S. 20, 21.

[2]) Pierre Janet, État mental des hystériques, les stigmates mentaux, Paris 1893, S. 226 u. f.

[3]) von Pfungen, Diagnostisches Lexikon, 2. Band, S. 675 (Artikel Hysterie).

stellung anzuregende, einer eigenen Initiative arme Personen und endlich eine grosse Zahl rüstiger, stets rühriger Charactere, die trotz ihrer oft in den Augen Anderer unerträglichen Leiden völlig selbstlos ihrem Berufe, ihren Pflichten als Gatte oder Gattin leben und nur leicht durch eine zu geringe Sorge für ihr eigenes Wohl endlich einmal kraftlos zusammenbrechen, als Krankenpflegerinnen von Gatten, Eltern, Kindern, als gute Frauen und Mütter, die nur den Ihrigen jeden Bissen zuschieben und selbst sich mit allzuwenig begnügen und dergl. Ihnen stehen gegenüber die berüchtigten intriguanten Abenteurerinnen, Buhlerinnen, Betrügerinnen, die, leider nur zu oft forensisch beurtheilt, allzusehr die Aufmerksamkeit auf sich gezogen und ein unberechtigtes Vorurtheil gegen die Hysterischen überhaupt hervorgerufen haben. Sicher ist, dass keine abnorme Charactereigenthümlichkeit ein typisches Stigma der Hysterischen bildet."

Ich habe mich in meiner früheren Arbeit ebenfalls und zwar eingehend mit dem Geisteszustande der Hysterischen befasst.[1]) Ich bemerkte daselbst nach einem Hinweis auf die Uebereinstimmung, welche die Kennzeichen der psychopathischen Belastung nach Koch mit dem Character der Hysterischen nach Huchard aufweisen: „Die anscheinend absonderliche Thatsache, dass so manche mit schweren hysterischen Zufällen behaftete Kranke des hysterischen Characters ganz und gar entbehren, und der nicht minder auffällige, hier noch zu erwähnende Umstand, dass andererseits sehr viele mit ausgeprägtestem hysterischen Character Behaftete von somatischen hysterischen Erscheinungen nur wenig oder gar nichts aufweisen, erklären sich, wie wir sehen, in sehr einfacher Weise. Der Hysterie als solcher gehört von allen den liebenswürdigen Characterzügen, die man als ihr eigenthümlich bis in die neueste Zeit beschrieben hat, so gut wie nichts an. Die Hysterischen ohne hysterischen Character repräsentiren nicht die Ausnahme von der Regel, sondern den Typus, den normalen hysterischen Geisteszustand und die Träger des hysterischen Characters sind mit diesem behaftet, nicht weil sie Hysterische, sondern weil sie zugleich hereditär psychopathisch Belastete, Dégénéres odes Déséquilibrés sind. In der That ist es zu verwundern, dass die Mähr von dem hysterischen Character sich so

[1]) Loewenfeld. Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie, Wiesbaden 1894. S. 555—577.

lange erhalten konnte. Wenn man Gelegenheit hat, Hysterische aus den besseren Ständen und von guter Erziehung zu beoachten, so findet man wenigstens sehr häufig, dass sie ihren Pflichten als Töchter, Gattinnen, Mütter mit demselben Eifer und mitunter sogar mit grösserer Aufopferung als Nichthysterische unter den gleichen Verhältnissen genügen, dass ihre Stimmung durchaus nicht von Stunde zu Stunde oder gar von Minute zu Minute ohne jedes Motiv schwankt; dass sie nicht im Mindesten mehr Neigung zum Lügen besitzen als andere weibliche Personen, dass Simulation oder Uebertreibung ihnen vollkommen ferne liegt und sie nicht im mindesten bestrebt sind, durch ihr Leiden Aufmerksamkeit zu erregen.“ Wenn ich mich hier mit solcher Bestimmtheit über den hysterischen Character äusserte, so war dies in dem Umstand begründet, der vielleicht zufällig, aber darum nicht minder beachtenswerth ist: Die schwer kranken Hysterischen meiner Beobachtung waren zumeist von dem sogenannten hyster. Character frei und gar manche von den von mir beobachteten Patienten, welche den fraglichen Character im vollsten Maasse aufwiesen und von den Aerzten und ihrer Umgebung als Hysterische bezeichnet wurden, boten keine zweifellos hysterische Erscheinung dar.

Wie wenig die früher übliche Schilderung der Geistesartung der Hysterischen sich mit der Erfahrung vereinigen lässt, hat auch ein Forscher, der sich auf dem Gebiete der Hysterie besondere Verdienste erworben hat, Freud,[1]) gelegentlich hervorgehoben. Am Schluss der Epikrise der Krankengeschichte der Frau v. N. bemerkt er: „Wir kannten sie beide ziemlich genau, Dr. Breuer und ich und durch ziemlich lange Zeit, und wir pflegten zu lächeln, wenn wir ihr Characterbild mit der Schilderung der hysterischen Psyche verglichen, die sich seit alten Zeiten durch die Bücher und die Meinung der Aerzte zieht. Wenn wir aus der Beobachtung der Frau Cäcilie M. . . . ersehen hatten, dass Hysterie schwerster Form mit der reichhaltigsten und originellsten Begabung vereinbar ist — eine Thatsache, die übrigens aus den Biographien der für Geschichte und Literatur bedeutsamen Frauen bis zur Evidenz hervorleuchtet, — so hatten wir an Frau Emmy v. N. ein Beispiel dafür, dass die Hysterie auch tadellose Characterentwickelung und zielbewusste Lebensführung nicht ausschliesst. Es war eine ausgezeichnete Frau, die wir kennen gelernt hatten, deren sittlicher Ernst in der Auffassung ihrer Pflichten, deren geradezu männliche In-

---

[1]) V. Breuer und Freud, Studien über Hysterie, 1895, S. 88.

telligenz und Energie, deren hohe Bildung und Wahrheitsliebe uns beiden imponirte, wahrend ihre gütige Fürsorge für alle ihr unterstehenden Personen, ihre innere Bescheidenheit und die Feinheit ihrer Umgangsformen sie auch als Dame achtenswerth erscheinen liess."

Dass nach dem Angeführten gegenwärtig noch jemand es unternehmen würde, die alte Mähr von dem Character der Hysterischen ganz sans gêne wieder aufzutischen, war nicht zu erwarten, und doch ist es geschehen. Böttiger[1]) in Hamburg war diese Leistung vorbehalten. In einem Vortrag im Hamburger ärztlichen Verein (27. April l. Js.) giebt der Genannte mit jener Naivität, wie sie nur als Ausfluss gründlicher Unwissenheit vorkommt, eine Schilderung von dem moralischen Verhalten der Hysterischen, die ganz der früheren Lehre entspricht, als ob zur Widerlegung dieser nie etwas geschehen wäre; das, was man seit Jahren bereits als in die Rumpelkammer der Wissenschaft geworfen betrachten konnte, wird hier von B. quasi als neue Erkenntniss den wissbegierigen Hörern resp. Lesern servirt. Es heisst da u. A.:

„Zunächst die Gefühlsthätigkeit, sie zeigt schon eine Haupteigenart des hysterischen Characters, sie ist ganz abnorm oberflächlich und daher in ihren Aeusserungen sehr wechselnd. . . . „Wirkliche Gemüthstiefe geht den Hysterischen ab. Ein grenzenloser Egoismus beherrscht sie; weder kindliche Pietät, noch echte dauernde Liebe oder Dankbarkeit gehören zu ihrem Empfindungsschatz; darin finden wir weitgehende Aehnlichkeit mit der Moral insanity. Um so mehr dagegen zeigen sie Eigensinn, Lügenhaftigkeit, Boshaftigkeit, Rücksichtslosigkeit, Lust am Intrigiren und Tyrannisiren, Putz und Klatschsucht etc. Die Steigerung der gemüthlichen Erregbarkeit und der Egoismus führen zu einem Hervordrängen des eigenen Ich's in den Vordergrund. Für die Hysterischen gruppirt sich die gesammte Umgebung malerisch um einen leuchtenden Mittelpunkt, und dieser Mittelpunkt sind sie selbst." . . . „Im Vordergrunde steht ein erheblicher Grad von Selbstüberschätzung und damit der unberechtigte Glaube an einen Anspruch auf vermehrte Rücksichtnahme seitens der Umgebung. Alles soll nach ihrer Pfeife tanzen, sei es nun die Familie oder grössere Gemeinschaften und Behörden." . . . „In ihrem ganzen Treiben herrscht eine gewisse Unruhe und Unstätigkeit; sie sind geradezu ein Spielball ihrer Launen und Empfindungen, Einbildungen und momentanen Eingebungen."

---

[1]) Böttiger, Ueber Neurasthenie und Hysterie und die Beziehungen beider Krankheiten zu einander. Münch. med. Wochenschrift, Nr. 21, 1897, S. 554 u. f.

Das geht nun doch über das Mass entschuldbaren Irrthum's etwas hinaus. Es ist wohl keine zu weitgehende Forderung, wenn man von einem Nervenarzt beansprucht, dass er die Litteratur seines Faches und speciell eines Gegenstandes, über welchen er andere belehren will, einigermassen kennt. Der gänzliche Mangel dieser Kenntniss ist jedoch nicht das einzige Betrübende an der Leistung B.'s. In Paris und Bordeaux, in Wien und München finden sich neben den Hysterischen, die zugleich Dégénerés sind und die geistigen Stigmata solcher aufweisen, andere, welche in ihrem Character und ihrem ganzen psychischen Verhalten die Merkmale der psychopathischen Degeneration vermissen lassen. Dass es sich mit den Hysterischen in Hamburg nicht anders verhält, unterliegt keinem Zweifel; obwohl dieser Umstand keines besonderen Beweises bedarf, können wir doch als Beleg eine Bemerkung Rumpf's anführen. Rumpf[1]) wies in der Discussion über B.'s Vortrag auf eine Gruppe von Hysteriefällen hin, „welche nicht so die ausgesprochenen Zeichen psychischer Degeneration, schlechter Erziehung etc. darbieten, und welche unter ihren qualvollen Zuständen sehr leiden und im höchsten Maasse bedauernswerth sind.“ Mag nun das Beobachtungsmaterial, welches B. seiner Darstellung zu Grunde legte, gross oder klein sein, immer müssen sich unter demselben auch einzelne Hysteriefälle befunden haben, welche seiner Schilderung nicht entsprachen. Wir begegnen bei ihm also wieder der gleichen Gedankenlosigkeit wie bei Huchard und anderen, die das, was sie bei einer Anzahl von Hysterischen beobachteten, ohne Bedenken auf die Gesammtheit übertrugen, obwohl ihre eigenen Beobachtungen sie von einer derartigen Verallgemeinung hätten abhalten sollen. Berücksichtigen wir, wie sehr die Hysterischen Jahrhunderte hindurch bis in die Neuzeit unter schnöden Vorurtheilen zu leiden hatten, welche sich lediglich als Ausfluss ärztlicher Denkschlamperei, um mit Benedict zu reden, bilden und erhalten konnten, so wird man zugeben müssen, dass es endlich an der Zeit ist, mit den Producten dieser Denkschlamperei in der Lehre von der Hysterie gründlich aufzuräumen. Wie bescheiden daher auch die Aufklärung sein mag, die wir über den Geisteszustand der Hysterischen im Laufe der letzten 10 Jahren gewonnen haben, jedenfalls haben wir Anlass genug, die nicht ganz ohne Mühe erworbene Erkenntniss festzuhalten und einen Versuch wie den von Böttiger unternommen, die alte Irrlehre nur mit neuen Phrasen verbrämt als neuestes

---

[1]) V. Neurolog. Centralblatt Nr. 11, 1897, S. 515.

wissenschaftliches Ergebniss den Aerzten zu präsentiren, mit Nachdruck zurückzuweisen.

Wenn ich im Folgenden über einen Fall von hyster. Somnambulismus berichte, so geschieht es deshalb, weil derselbe zeigt, dass gewisse moralische Eigenschaften, welche die ältere Lehre von dem Character der Hysterischen diesen Kranken abspricht, bei denselben so tief wurzeln können, dass sie selbst im Zustande des Somnambulismus in unverkennbarer Weise sich documentiren. Der Fall betrifft eine Patientin (Frl. St.), über welche ich bereits in einer früheren Arbeit „Ueber hysterische Schlafzustände, deren Beziehungen zur Hypnose und zur Grande hystérie, Archiv für Psychiatrie Bd. XXII. u. XXIII. Mittheilungen brachte. Die gegenwärtig 34jährige Kranke wurde im Alter von 10 Jahren angeblich von Meningitis befallen (Erkrankung mit Bewusstlosigkeit, Krämpfen etc.) und leidet seitdem an hysterischen Schlafanfällen, die mit anderen Erscheinungen der grande Hystérie, insbesonders hystero-epileptischen Attaquen in Verbindung stehen. Die Anfälle sind seit 23 oder 24 Jahren mit Ausnahme von 3 Jahren (1885—87 u. 1891) alljährlich während einer Reise von Monaten täglich und zwar zumeist in Mehrzahl, in der übrigen Zeit seltener und unregelmässig aufgetreten; jede Anfallserie umfasste bisher Hunderte, manche derselben sogar über tausend einzelne Attaquen; daneben eine Menge anderer hysterischer Erscheinungen. Diese Patientin, eine Repräsentantin der schwersten Form der Hysterie, die überhaupt zur Beobachtung gelangt, und in ihrer Art vielleicht ein Unicum, weist in ihrem geistigen Verhalten von dem sogenannten hysterischen Character keinen Zug auf. Ich habe die Patientin seit etwa 10 Jahren in Beobachtung und hatte während dieser Zeit ausreichende Gelegenheit, das Verhalten derselben unter den verschiedensten Umständen kennen zu lernen. Sie ist eine Persönlichkeit von durchaus trefflichem Character, aufrichtig und wahrheitsliebend, gegen ihre Familienangehörigen zärtlich, ohne jeden Egoismus, im Gegentheil sehr bescheiden in ihren Ansprüchen und allzeit bemüht, die Unannehmlichkeiten, welche ihr Zustand für ihre Umgebung mit sich bringt, möglichst zu verringern, in ihrer Stimmung keineswegs fortwährend schwankend und bez. ihrer Erkrankung nicht entfernt zu irgend einer Uebertreibung geneigt. Sie hat bisher ihr schweres Leiden, das zeitweilig ihr Leben gefährdete und ihr vielleicht während des grösseren Theils ihrer Jugendjahre jeden Lebensgenuss raubte, zumeist mit bewunderungswerther Geduld ertragen. Bei dieser Patientin stellten sich vor 3 Jahren einige

Zeit hindurch während der Schlafattaquen regelmässig somnambule Zustände ein. Solche waren auch schon früher bei der Kranken zum Theil während der Schlafattaquen, zum Theil unabhängig von solchen aufgetreten. Bei den somnambulen Anwandlungen, die sich in den Verlauf der Schlafattaquen einschoben, handelte es sich zumeist um Fluchtversuche; die Kranke stand vom Bett oder Sopha, auf welchem sie lag, plötzlich auf, mitunter mit den Worten: „ich muss fort, muss fort", verliess, wenn sie nicht verhindert wurde, das Zimmer und ging zur Corridorthüre, offenbar um die Wohnung zu verlassen, unbekümmert um ihre augenblickliche Bekleidung. Sie wurde natürlich immer zurückgehalten und veranlasst, sich wieder in ihr Zimmer zu begeben. Mitunter waren die Handlungen der Kranken in den somnambulen Zuständen jedoch minder harmloser Art. Es wurde auch beobachtet, dass die Patientin, nachdem sie das Bett verlassen hatte, plötzlich gegen das Fenster stürzte und dasselbe öffnen wollte, jedenfalls in der Absicht sich hinauszuschwingen, oder dass sie ihr Taschenmesser hervorholte und damit anfing, die Gegend der Pulsader am Handgelenk zu bearbeiten. Glücklicherweise war das Messer für selbstmörderische Zwecke wenig geeignet, und man hatte auch die Patientin nie aus dem Auge gelassen, so dass es immer gelang, ihr das Messer abzunehmen, bevor sie sich einen Schaden gethan hatte. Während Vorkommnisse letzterer Art früher nur vereinzelt geblieben waren, wiederholten sie sich vor 3 Jahren während der täglich wiederkehrenden somnambulen Zustände ganz regelmässig, wodurch die Angehörigen sehr beunruhigt wurden. Nach der Schilderung dieser handelte es sich hiebei nicht um einen rein impulsiven Act. Die Kranke nahm gewöhnlich das Messer aus der Tasche, erhob dann Hautfalten an der Volarseite der Handgelenkgegend und fühlte daran herum, offenbar um eine geeignete Stelle für den Einschnitt zu suchen. In Folge dieses Umstandes war es den Angehörigen in der Regel möglich, ihr das Messer abzunehmen, bevor es zum Gebrauch desselben kam. Dieses Vorgehen der Kranken war, obwohl sich dasselbe mit dem Anschein einer gewissermassen automatischen Gleichförmigkeit abspielte, keineswegs zufällig und sinnlos, sondern der Ausfluss ihrer momentanen Verstimmung. Der Zustand der Patientin war wieder ein höchst beklagenswerther geworden; seit Monaten bereits waren die Anfälle wieder täglich mehrmals aufgetreten, und noch zeigte sich keine Neigung zur Abnahme derselben, und daneben bestanden verschiedene andere sehr hartnäckige und lästige Beschwerden, so dass es nur zu begreiflich

war, dass die Patientin in eine höchst traurige Stimmung gerieth. Ueber diese äusserte sie sich jedoch ihrer Gewohnheit gemäss weder mir, noch ihren Angehörigen gegenüber, nur die Bemerkungen, die man von ihr während einzelner Phasen ihrer Anfälle (der Delirperiode) vernahm, und ihre Handlungen während der somnambulen Zustände gewährten einen gewissen Einblick in ihren Gemüthszustand. Man hatte schliesslich, um die peinliche Scene mit dem Messer zu vermeiden, dasselbe der Kranken aus dem Wege geräumt unter dem Vorgeben, ich hätte es gelegentlich aus irgend einem Grunde an mich genommen. Dieses Vorgeben konnte jedoch nur einen vorübergehenden Behelf bilden. Der Kranken, welche für alle Vorgänge während ihrer Anfälle vollständig amnestisch ist, war die Entfernung ihres Taschenmessers auffällig. Den wahren Grund derselben konnte man ihr nicht mittheilen, weil sie dadurch jedenfalls sehr aufgeregt worden wäre und auch zu befürchten war, dass die Mittheilung ihr den Gedanken nahe legen würde, das, was sie im somnambulen Zustande vergebens versucht hatte, im wachen Zustande mit besserer Vorbereitung zu unternehmen. Bis dahin waren keinerlei Anzeichen dafür vorhanden, dass sie sich im wachen Zustande mit suicidalen Absichten trug. Man musste daher auf einen Ausweg kommen, der es gestattete, der Patientin ohne allzu grosse Bedenken das Messer wieder auszuhändigen, und ich entschied mich nach reiflicher Ueberlegung für folgenden Modus, der bei Manchem vielleicht ein Kopfschütteln verursachen wird. Ich besuchte die Patientin während eines ihrer Anfälle, die täglich zu bestimmten Zeiten sich einstellten. Die Patientin war auf dem Sopha eingeschlafen, die Arme fühlten sich ziemlich steif an, ab und zu Zuckungen der Halsmuskeln, Bewegungen des Kopfes etc. Plötzlich erhob sie sich mit starrem, fremdartigem Gesichtsausdruck, ging einige Schritte gegen die Mitte des Zimmers und begann dann in ihren Taschen zu suchen. Von meiner Anwesenheit nahm sie hiebei keinerlei Notiz, obwohl ich ihr gefolgt war und neben ihr stand. Das Suchen war natürlich vergebens, und als dieser Umstand sich ihr aufdrängte, flog es wie ein bitteres Lächeln über ihr Gesicht, und sie liess ein „Aha" vernehmen. Dieses „Aha" bezog sich offenbar auf die Erkenntniss, die ihr auftauchte, dass man ihr zur Verhütung eines Missbrauchs das Messer abgenommen habe. Ich wendete mich nun an sie: „Was suchen Sie, Frl., gewiss Ihr Messer, was wollen Sie mit dem Messer?" „Was werde ich wollen," antwortete die Patientin, in deren Gesicht noch immer ein fremdartiger (fast wilder) Ausdruck sich zeigte,

„ein Ende will ich machen, das wissen Sie ja". Und nun brach die Patientin in eine Fluth von Klagen aus, wie sie sie während ihres wachen Zustandes niemals über die Lippen brachte. Sie sagte, ihr Leben sei nur eine Kette von Leiden, sie habe keine Aussicht, je gesund zu werden, sie sei nur eine Last für ihre Familie, die durch sie beständig in Sorge und Aufregung erhalten werde, und es sei daher besser, wenn sie von dieser Last befreit würde; an ihrem Leben sei nichts verloren etc. Ich bemerkte der Patientin hierauf, dass ich die Berechtigung ihrer Klagen vollkommen anerkennen müsse, dass sie trotz alledem aber sich nichts thun dürfe und ich ihr daher ihr Messer, das ich an mich genommen hätte, nur dann zurückgeben könne, wenn sie mir ihr Ehrenwort gebe, dass sie sich mit demselben nichts zufügen werde. Dieses Versprechen, erklärte die Patientin, könne sie mir sehr leicht geben, da sie, wenn sie sich etwas thun wolle, dies auch mit einem anderen Instrumente, z. B. mit einer Scheere vornehmen könne. Ich erwiederte ihr auf diese Bemerkung, dass es sehr gut sei, dass sie mich hierauf aufmerksam gemacht habe — in der That hatte ich an eine derartige Eventualität nicht gedacht — und dass ich ihr selbstverständlich das Messer nunmehr nur unter der Bedingung zurückgeben könnte, dass sie mir auf ihr Ehrenwort verspreche, gegen ihr Leben überhaupt nichts zu unternehmen. Zu einem solchen Versprechen erklärte sich die Patientin nach einigem Zaudern zwar bereit, doch wollte sie sich zunächst nur für 8 Tage, und als ich diese Zeit für ungenügend erklärte, für höchstens 14 Tage binden; schliesslich wurden wir über eine Frist von 4 Wochen einig. Dass ich auf eine derartige zeitliche Beschränkung ihres Versprechens mich einliess, hatte den Grund, dass ich hoffte, die somnambulen Anwandlungen würden innerhalb 4 Wochen wohl sich verlieren. Die Patientin begab sich nach Beendigung unserer Unterredung zurück auf das Sopha und verfiel hier sogleich wieder in den Schlafzustand, von welchem sie erst nach einer Stunde ungefähr erwachte. Am nächsten Tage erhielt sie von ihren Angehörigen meiner Weisung gemäss ihr Taschenmesser ausgehändigt, das angeblich von mir zurückgebracht worden war.

Ich sah die Patientin in den nächsten Wochen während keiner somnambulen Attaque, da meine Besuche zumeist in der anfallsfreien Zeit vorgenommen werden mussten. Ich unterliess es jedoch nicht, mich fortlaufend über das Verhalten der Kranken während ihrer Anfälle zu informiren, und erfuhr so, dass unsere Unterredung nicht erfolglos geblieben war. Von dem Tage derselben an bis Ende der

3. Woche fiel in den täglich wiederkehrenden Anfällen die Scene mit dem Messer aus; erst Ende der 3. Woche wurde wieder einmal beobachtet, dass die Patientin während eines Anfalles ihr Messer hervor holte und am Handgelenk nach einer Stelle für den Einschnitt suchte. Ich vernahm dies, als ich am folgenden Tage die Patientin während eines Anfalles besuchte und nahm bei Eintritt des somnambulen Zustandes sogleich die Gelegenheit wahr, die Kranke zu befragen, wie es kam, dass sie entgegen ihrem Versprechen den betreffenden Versuch gemacht habe. Sie bemerkte auf meine Frage ohne Besinnen, dass sie mir das Versprechen nicht für immer gegeben habe und daher auch sich nicht mehr für gebunden hielt. Ich erklärte ihr hierauf, dass die von ihr eingegangene Verpflichtung auf 4 Wochen laute, diese Frist noch nicht abgelaufen sei und ich nunmehr erwarte, dass in der nächsten Zeit nichts mehr vorkommen werde. In der That kam es nun auch zu keinem weiteren Versuch mit dem Messer mehr, allerdings verloren sich auch die somnambulen Einschaltungen in den Verlauf der Schlafattaquen nach einiger Zeit wieder, da der Zustand sich besserte und die Anfälle überhaupt kürzer und leichter wurden.

Wenn wir das psychische Verhalten der Patientin während der somnambulen Phasen ihrer Anfälle in näheren Betracht ziehen, so sehen wir, dass sich in denselben einzelne Handlungen mit einer gewissen Einförmigkeit wiederholten, Handlungen, die man zum Theil jedenfalls als Ausfluss der momentan die Kranke beherrschenden Stimmung zu deuten hat. Was sie bei den Fluchtversuchen im Sinne hatte, ist nicht ganz klar, dagegen kann über die Absicht, welche dem Stürzen an das Fenster und den Versuchen mit dem Messer zu Grunde lag, kein Zweifel bestehen. Zu jener Zeit, in welcher täglich derartige Versuche sich wiederholten, war die Stimmung der Kranken andauernd eine sehr deprimirte, (vielleicht eine verzweifelte), wie schon erwähnt wurde. Dass die Kranke bei dieser Gemüthsverfassung im wachen Zustande öfters den Gedanken hegte, es wäre wohl für sie und ihre Familie besser, wenn es mit ihr zu Ende wäre, liegt um so näher, als sie überhaupt und zwar auch in Zeiten besseren Befindens auf ihr Leben keinen grossen Werth legte. Wenn sie unter diesen Umständen im Wachen zu keinem Conamen suicidii schritt, so konnte dies daran liegen, dass sie nicht den hiezu erforderlichen Muth besass; wahrscheinlicher ist mir, dass Rücksichten auf ihre Familie und religiöse Bedenken sie davon abhielten. Im somnambulen Zustande, in welchem

ihr geistiger Horizont gewaltig eingeengt war, blieben diese Gegenmotive ausser Spiel; sie gab daher den durch ihre Stimmung angeregten Vorstellungen ohne weiteres nach. Dass sie von ihren suicidalen Versuchen durch die Anwesenheit von Familienangehörigen sich nicht zurückhalten liess und dieselben immer in gleichförmig ungeschickter Weise vornahm, unbekümmert um die regelmässige Vereitelung der früheren Versuche, erklärt sich aus der Beschränkung der associativen Thätigkeit und der mangelhaften Perception der Aussenwelt, die man bei somnambulen Zuständen so häufig beobachtet. Der eingeschränkte geistige Horizont der sich selbst überlassenen Kranken liess sich jedoch, wie wir sahen, durch eine Anregung von aussen, nämlich meine Intervention bedeutend erweitern. In der angeführten Unterredung mit mir bekundete die Patientin ein ebenso richtiges Urtheil über ihre Lage wie im wachen Zustande, und ihre Bemerkungen erwiesen sich durchwegs als logisch.

Bez. der Aesserungen der Kranken will ich nur 2 Punkte hervorheben, welche geeignet sind, ein Licht auf ihren Character zu werfen. Es wäre der Kranken ein Leichtes gewesen, mich bei ihrem Versprechen zu hintergehen, wenn sie gewollt hätte. Sie hätte mir ihr Ehrenwort bez. des Messers geben können mit der Absicht, sich nachträglich nicht um dasselbe zu kümmern, oder mit der Reservatio mentalis, künftig mit einem anderen Instrumente weitere suicidale Versuche zu unternehmen. Die Aufrichtigkeit ihres Characters, ihre strenge Wahrheitsliebe verläugnete sich jedoch im somnambulen Zustande ebensowenig als im wachen. Sie machte mich selbst darauf aufmerksam, dass die primär von mir gestellte Forderung ihr die Möglichkeit lasse, mit einem anderen Instrumente ihre Absicht auszuführen. Der Gedanke einer Verpflichtung durch das Geben ihres Ehrenwortes verknüpfte sich bei ihr — der Somnambulen — offenbar auch sofort mit dem Gedanken, dass sie das gegebene Wort halten müsse, und da sie voraussah, dass ihr dies schwer werden könnte, wollte sie sich zunächst nur für kurze Zeit binden. Wenn sie schliesslich auf eine längere Frist einging, so wurde sie hierzu wahrscheinlich durch Motive bestimmt ähnlich denen, die sie im wachen Zustande von Suicidiumsversuchen zurückhielten; die in Aussicht gestellte Zurückgabe ihres Messers konnte kein Aequivalent für die von ihr verlangte Zurückhaltung bilden. Darüber, dass die Unterlassung weiterer suicidaler Versuche seitens der Kranken während fast 3 Wochen nur durch das von mir abgenommene Versprechen auf Ehrenwort bewirkt wurde,

kann keinerlei Zweifel bestehen. Der Vorgang hatte sich vorher so regelmässig wiederholt, dass hier jede Zufälligkeit ausgeschlossen erscheint, auch wenn wir die spätere, auf Vorhalt von der Kranken gegebene Erklärung ganz ausser Betracht lassen. Diese Nachwirkung des Versprechens ist um so bemerkenswerther, als bei der Patientin die associative Thätigkeit während der somnambulen Zustände, wie wir sahen, gewöhnlich eine hochgradig eingeschränkte war, und sie legt ein beredtes Zeugniss dafür ab, dass Ehrgefühl und Wahrheitsliebe zu den tiefst wurzelnden Elementen ihres Characters zählen. Weshalb die Kranke gegen Ende der 3. Woche gegen ihr Versprechen handelte, ist nicht ohne weiteres klar. Man kann daran denken, dass unter dem Einflusse einer Verschlimmerung ihres Gemüthszustandes der suicidale Drang so mächtig wurde, dass demselben gegenüber die von dem Versprechen ausgehende Hemmung versagte, oder dass letztere in Folge einer stärkeren Trübung des Bewusstseins und der damit zusammenhängenden bedeutenderen Einengung der associativen Vorgänge überhaupt nicht zur Geltung kommen konnte. Die Erklärung, welche die Pat. selbst gab, scheint mir jedoch am plausibelsten. Eine Irrung bez. einer zeitlichen Abmachung kommt auch bei gesunden und geistig normalen Menschen nicht selten vor und kann daher bei einer Somnambulen gewiss nicht als etwas Unwahrscheinliches erachtet werden. Die stricte Einhaltung der vereinbarten Frist war auch a priori keineswegs zu erwarten, da dieselbe seitens der Kranken eine Leistung erheischt hätte, zu welcher dieselbe in ihrem somnambulen Zustande schwerlich befähigt war. Dieselbe hätte in jedem Anfalle die Tage zählen müssen, die bereits seit der erwähnten Unterredung verflossen waren. Dass die Kranke etwas derartiges versuchte und sich hierzu durch ihr Versprechen verpflichtet erachtete, ist nicht anzunehmen, schon weil es höchst wahrscheinlich über ihr Vermögen hinausging. Sie fasste ihr Versprechen wohl nur dahin auf, dass sie sich durch dasselbe eine längere Zeit, die sie ganz ungefähr taxirte, wie es ihr geistiger Zustand erlaubte, für gebunden erachtete, und nach Ablauf einer gewissen Frist konnte sie daher glauben, ihrer Verpflichtung genügt zu haben. Ein weiterer Umstand, den ich hier berühren muss, ist der, dass die Pat. nicht lediglich ihr eigenes Leid, sondern auch und zwar mehr noch das Ungemach beklagte, das sie über ihre Angehörigen durch ihre Erkrankung brachte; sie bildete nach ihrer Meinung für diese lediglich eine Last, von der sie besser befreit würden. Thatsächlich war sie allerdings für ihre Angehörigen eine Last, allein man liess

sie dies in keiner Weise fühlen. Die Familie hatte sich längst mit dem Verhängnisse abgefunden, das durch die Erkrankung der Tochter (und Schwester) über sie gebracht worden war, und in materieller Hinsicht kam bei der günstigen Vermögenslage der Eltern der Aufwand, welchen die Pflege und Behandlung erheischte, nicht in Betracht. Trotz alledem bedrückte die Pat. der Gedanke, dass sie durch ihren Zustand ihrer Familie immer so viel Mühen und Sorgen verursachen musste, so schwer, dass derselbe im Somnambulismus für sie zu einem Motive sich gestaltete, das sie nach ihrer Auffassung berechtigte, ihrem Leben ein gewaltsames Ende zu bereiten. Sieht dies jenem Egoismus ähnlich, der nach Böttiger und den älteren Beobachtern die Hysterischen auszeichnen soll, der Gedanke, auf das Leben zu verzichten, um lieben Angehörigen keine weitere Mühe und Sorge zu verursachen? Eine derartige Idee kann wohl nur der Ausfluss einer Selbstlosigkeit sein, wie sie unter gesunden, geistig normalen Menschen nur selten getroffen wird.

Wir sehen aus dem Angeführten, dass die Kranke im somnambulen Zustande Eigenschaften documentirte, die das Gegentheil von gewissen den Hysterischen imputirten Characterzügen darstellen: An Stelle der Lügenhaftigkeit und Heuchelei, Aufrichtigkeit, strenge Wahrheitsliebe und ein hoch entwickeltes Ehrgefühl, an Stelle des crassen Egoismus vollkommene Selbstlosigkeit. Der Somnambulismus hat den Character der Patientin selbstverständlich nicht umgewandelt und demselben nichts Neues hinzugefügt; er hat lediglich Eigenschaften Gelegenheit zum Hervortreten geboten, welche tiefest in der Seele der Kranken wurzeln. Der Erfolg zeigte, dass meine Rechnung auf das Ehrenwort der Patientin keine allzu gewagte Speculation war. Ich muss hier jedoch noch erklären, wie ich dazu kam, überhaupt anzunehmen, dass das Handeln der Kranken in ihren somnambulen Zuständen durch ihr Ehrgefühl beeinflusst werden könnte. Diese Annahme, so seltsam dieselbe an sich erscheinen mag, wurde mir durch gewisse Eigenthümlichkeiten in dem Verhalten der Kranken während ihrer Anfälle, die ich ungemein häufig beobachtet hatte, aufgedrängt. In den hysteroepileptischen Attaquen, die sich bei der Patientin in den Verlauf der Schlafanfälle einschalteten, ging es zum Theil sehr tumultuös her. Die Kranke entfaltete in denselben eine Kraft und Schnelligkeit der Bewegungen, die man ihr nicht zugetraut haben würde, und dabei eine Neigung zur Gewaltthätigkeit, namentlich gegen ihre eigene Person,

deren Einschränkung sehr viel Mühe und Vorsicht erheischte. Ich kann bezüglich des Näheren auf die Schilderung dieser Anfälle in der früher erwähnten Arbeit hinweisen. Bei allem Toben und aller Vehemenz verläugnete die Kranke jedoch niemals eine gewisse Decenz. Bei dem gewaltthätigsten Sichumherschleudern und Ringen kam es nie zu einer Entblössung ihres Körpers, zu einem Zerreissen der nothwendigen Bekleidungsstücke oder Aehnlichem; sie zerriss nur, was ihr sonst in die Hände kam, wie Halstücher, Taschentücher etc. Dieses Verhalten war keineswegs ein zufälliges, und wenn ich auch schon bei anderen Hysterischen aus den besseren Ständen Aehnliches beobachtet hatte, so war es mir hier doch auffälliger, weil es sich in der Unzahl von Anfällen, welche bei der Patientin vorkamen, stets in gleicher Weise wiederholte. Besonders characteristisch ist ein Vorgang, den ich oft mit ansah. Die Periode des grandes mouvements et des contorsions d. h. die Periode der Gewaltthätigkeit wurde bei der Patientin gewöhnlich dadurch eingeleitet, dass sie sich plötzlich im Bett erhob, aufstand und einige Zeit nach irgend einer Richtung starrte (Periode des attitudes passionelles). War die Kranke nur mit Bettjacke und Unterrock bekleidet, so nahm sie regelmässig beim Aufstehen im Bette ihre Wolldecke mit und schlug dieselbe um den Unterleib und die Beine, ja sie wickelte sich förmlich in dieselbe mit dem Unterkörper ein. Wenn sie zufällig einen Schlafrock an hatte, unterliess sie dagegen diese Procedur. Was war das Motiv dieses Sicheinhüllens in die Wolldecke? Die Idee, sich warm zu halten, offenbar nicht, denn der Vorgang wurde in jeder Jahreszeit beobachtet und das Zimmer der Kranken war im Winter immer gut geheizt. Die Art und Weise, wie sie beim Aufstehen im Bette die Decke mit sich zog (als wollte sie damit eine Blösse ihres Körpers bedecken) und fest hielt, konnte keinen Zweifel darüber lassen, dass sie ihre Bekleidung für die aufrechte Stellung im Bett, vielleicht auch für die folgenden stürmischen Aufführungen nicht für genügend erachtete und deshalb durch die Bettdecke zu ergänzen suchte. Hierbei mochte die Kenntniss des Umstandes mitspielen, dass bei ihren Anfällen häufig eine männliche Person (ihr Vater oder ein Bruder) anwesend war. Es handelte sich also um eine Massnahme, welche durch ihr weibliches Anstands- und Schamgefühl veranlasst war. Sie war die wohl- und strengerzogene Tochter einer guten Familie, und der Einfluss ihrer Erziehung und Gewöhnung konnte auch durch die psychische Veränderung während des hysteroepileptischen Anfalles (i. e. gewisser Phasen desselben) nicht ganz auf-

gehoben werden. Ich sagte mir angesichts dieser Erfahrungen, wenn die Kranke in ihrem Verhalten während einzelner Perioden der grande attaque durch gewisse fundamentale Charactereigenschaften beeinflusst wird, warum sollte dies nicht auch während der somnambulen Zustände möglich sein? Die geistige Verfassung während letzterer musste eine solche Beeinflussung mindestens ebenso leicht zulassen als während des hystero-epileptischen Anfalles. In dieser Erwartung habe ich mich auch nicht getäuscht.

Ich habe im Vorstehenden den Einfluss des Characters der Kranken auf die Gestaltung hysterischer Anfälle berührt, was meines Wissens noch von keiner Seite geschehen ist. Ich glaube, dass dieser Punkt weiterer Nachforschung würdig ist.

Neue Experimente über den Einfluss der Psyche auf den Körper.

Von

Dr. **Bonjour**, Lausanne.

Die Psychotherapie ist gegenwärtig soweit fortgeschritten, dass man die Grenzen ihrer Macht in allgemeinen Umrissen kennt. Es war nun immer mein Ziel, diese Grenzen im Einzelnen genauer zu untersuchen. So machte ich unter andern eine lange Reihe von Experimenten über die Heilung der Warzen durch Suggestion. Die Warzen sind öfter durch einen nervösen oder psychischen als durch einen physischen Reiz gebildet, und bis jetzt habe ich alle Fälle mit Warzen kurirt. Nur von einem Herrn habe ich keine Nachrichten. Sonst sind alle anderen nach einer einzigen Suggestions-Sitzung im Wachzustand in 5 Tagen bis 4 Monaten (meistens 1—3 Wochen) geheilt worden. Die Heilung kommt natürlich später bei den Personen, welche nach der Sitzung mit dem Kratzen oder Schneiden der Warzen fortfahren.

Seitdem ich darüber in München referirt habe, habe ich eine andere Reihe von Experimenten angefangen. Jeder Leser dieser Zeitschrift kennt die Macht der Psyche auf die Gebärmutter. Ich wollte versuchen, diese Macht auf den ganzen Geburtmechanismus wirken zu lassen, um zu wissen, ob es möglich wäre, eine Frau während der Schwangerschaft so zu beeinflussen, dass die Entbindung an einer vorherbestimmten Zeit statthaben würde. In den folgenden Experimenten habe ich immer probirt, die Geburt vor normalem Ende der Schwangerschaft eintreten zu lassen; denn ich hatte zugleich im Auge, diese Methode in Fällen von verengtem Becken zu gebrauchen.

Ich habe nur drei Frauen finden können, welche sich dieses Experimentiren gefallen liessen. Ich lasse die entsprechenden Beobach-

tungen folgen, in der Hoffnung, dass dieselben Experimente von einigen Collegen gemacht werden, damit wir in einer kurzen Zeit ein grösseres Material über diese wichtige Frage besitzen.

Fall I. Frau T., multipar, glaubt im neunten Monate der Schwangerschaft zu sein. Nervöse Frau. Bei jeder Schwangerschaft leidet sie sehr viel an Gastralgien und Kopfweh; die Aerzte haben alles versucht, um sie davon zu befreien. Bei jeder neuen Schwangerschaft sind die Schmerzen grösser und diesmal sind sie unerträglich; sie treten täglich mehrmals auf. Bei jeder Entbindung nimmt die Dauer der Geburt zu; das letzte Mal hat sie während zwei Tagen sehr gelitten.

Sie weiss nicht, wann sie die letzte Periode gehabt hat. Nach der äusseren Untersuchung ist sie im achten oder neunten Monate.

In drei Sitzungen wurde sie somnambul. Seit der ersten Sitzung wurde das Erbrechen und seit der dritten wurden die Schmerzen ganz beseitigt. Ich suggerirte nun als Termin der Niederkunft eine Zeit, wie wenn sie im neunten Monate gewesen wäre. Die Entbindungszeit näherte sich. Die Frau wurde ängstlich. Sie fürchtete 2—3 Wochen zu früh niederzukommen und eine schwerere Entbindung durchzumachen. Ich verzichtete auf Wiederholung der Suggestion. Ich musste die Sache der Natur überlassen und mich begnügen, die Geburt während der Hypnose machen zu wollen.

Eines Abends (vier Wochen später als der suggerirte Tag) wurde ich gerufen. Die Wehen waren vor 3 Stunden eingetreten; die Frau hatte ziemlich grosse Schmerzen; sie war erregt, weil ihr Mann, der auf der Reise war, nicht zurückkommen konnte. Umsonst machte ich drei Versuche, sie zu hypnotisiren. Der Muttermund war um 10 Uhr Abends fünffrankstückweit geöffnet. Die Hebamme, die bei den anderen Geburten anwesend gewesen war, sagte, dass die Frau nicht vor übermorgen entbunden werden würde und wollte fortgehen. Ich sagte ihr zu bleiben, denn ich hatte vorhersuggerirt, dass die Entbindung schneller statthaben würde. Um 2 Uhr Nachts wurde ich wieder gerufen: der Kopf war tief. Ich konnte wieder die Frau nicht hypnotisiren. Um 3 Uhr war das Kind geboren. Die Frau war glücklich, dass die Entbindung so schnell verlaufen war. Ebenso traten — einer diesbezüglichen Suggestion entsprechend — zum ersten Male keine Nachwehen auf.

Fall II. Frau D., 22 J. Zweite Schwangerschaft. Die Frau hatte ich früher zwei Mal versucht wegen Gastralgien zu hypnotisiren. Sie war nicht sehr tief hypnotisirt. Nach dem gewöhnlichen Rechnen soll die Geburt um den 7. Septbr. herum stattfinden. Da Dr. M[illegible], der der Geburt beiwohnen möchte, und ich in Genf Anfangs September an dem internat. gynäkol. Congresse Theil zu nehmen wünschen, so fing ich an, Mitte Juli der Frau zu suggeriren, dass die Geburt am Donnerstag, den [illegible] August, um 1 Uhr Nachmittags beginnen wird.

Die Frau verfällt in der ersten Sitzung in tiefen Somnambulismus. Ich hypnotisirte sie fünf Mal, das letzte Mal den 15. August.

Am [illegible] August um 2 Uhr Nachmittags fängt die Entbindung an. Die Frau spürt die Wehen schmerzlos. Sie wird nicht hypnotisirt, denn in den vorigen Sitzungen hatte ich ihr gesagt, dass sie tief schlafen würde, wenn sie die Wehen spüren würde. Um 3 Uhr fängt sie an zu schlafen und schläft tief bis 11 Uhr

Nachts. Von 11—$^1/_2$3 Uhr bleibt sie wach ohne Schmerzen. Von $^1/_2$3—3 Uhr grosse Schmerzen; um 3 Uhr ist das Kind geboren. Nach der Geburt keine Schmerzen.

Fall III. Frau B., multipar, behauptet, nur während der letzten $^1/_2$ Stunde der Entbindung zu leiden; die Schmerzen sollen gering sein. Letzte Periode am 13. Mai 1896. Erste Hypnose Ende Januar. Die Frau ist nicht sehr suggestibel; darum suggerire ich nur den Tag und nicht die Stunde, zu welcher die Geburt beginnen wird. Sugg. Tag: 18. Februar 1897. Nach sieben Sitzungen tiefer Schlaf mit Amnesie; Gefühl ziemlich erloschen, Catalepsie.

18. Februar. Seit heute hat sie ein eigenthümliches Gefühl; sie spürt Wehen ohne Schmerzen. Um 4 Uhr ist der Muttermund zweifrankstückgross. In der Anwesenheit von Dr. Muret suggerire ich Wehen; die Frau braucht die Bauchpresse, was ich ihr verbiete. Beim Touchiren spürt Dr. Muret kleine uterine Contractionen. Da ich fort muss, so lasse ich die Schwangere in der Hypnose. Erst um 9 Uhr Abends kann ich sie wiedersehen. Sie sagt, dass nach meinem Fortgang die Geburt keinen Fortschritt machte; sie spürte wohl, dass sie heute entbunden worden wäre, wenn ich bei ihr geblieben wäre. Ich sage ihr, dass ich sie nicht mehr beeinflussen will und dass wir warten wollen.

24. Februar. Seit dem 18. täglich und fast unaufhörlich kleine Wehen ohne Schmerzen. Die Frau sagt, dass sie sich nie vor den fünf anderen Geburten so fühlte; gewöhnlich kamen die ersten Wehen $^1/_2$ Stunde vor der Geburt. Der Mann sagt, dass er fast nie Zeit hatte die Hebamme zu holen. Heute sind die Contractionen grösser geworden; der Kopf steht tief; keine Schmerzen. Hypnose; Schlaf nicht so tief wie früher. Die Frau wird unruhig. Bald spürt sie Schmerzen, welche wegsuggerirt werden. Ich lasse sie bemerken, dass sie doch wie die anderen Frauen leidet; sie gesteht, dass sie eben so viel während der anderen Entbindungen gelitten hat, dass sie aber es vergessen hatte. Der Kopf ist sichtbar. Jede Contraction wird durch Suggestion fast schmerzlos. Ich wecke die Frau, um zu controliren, wie stark die Schmerzen werden. Da fängt sie an zu schreien; nach 3 Wehen ist das Kind geboren. Zum ersten Mal nach einer Geburt hatte sie keine Nachwehen.

Obgleich ich also keine eclatanten Resultate in diesen 3 Fällen erreicht habe, so glaube ich, dass sie doch lehrreich sind.

Ich habe den Fall 1 beschrieben, weil die Hypnotherapie noch so unbekannt ist, dass sie von den meisten Gynäkologen nicht gebraucht ist. Bienfait in seiner Dissertation (Paris 1895) und Schwob in seinem Artikel über „Le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse“ (Presse médicale 16 Déc. 1896) sprechen gar nicht von der hypnotischen Behandlung des Erbrechens der Schwangeren. Es ist auch interessant zu sehen, dass die Geburtsdauer entsprechend der Suggestion viel kürzer wurde als die früheren Male.

Beim Falle 2 hat die Geburt fast in der suggerirten Stunde begonnen.

Beim Falle 3 haben die Wehen am suggerirten Tage angefangen. Ich glaube, dass von Zufall hier keine Rede sein kann. Man kann beinahe annehmen, dass beim Falle 3 die Geburt wie am 24. Februar angefangen hätte. Ich weiss wohl, dass die Frau sich nicht an die Einzelheiten ihrer früheren Entbindungen so genau erinnerte. Doch hat sie während 7 Tagen so ein eigenthümliches Gefühl gehabt wie nie vorher. Sie sah wie eine Hypnotisirte im ersten Grade aus; ihrem Manne kam auch der Zustand seiner Frau ganz merkwürdig vor.

Man kann also annehmen, dass es möglich ist, die Entbindungszeit zu suggeriren, und wahrscheinlich kann man eine Frau durch Suggestion früher niederkommen lassen. Man braucht neue Experimente um diese Annahme zu bestätigen.

Fall 2 zeigte sich fast refractär vor der Schwangerschaft (zwar wurden nur 2 Sitzungen versucht); danach wurde die Frau sofort somnambul; Fall 1 wurde somnambul nach 3 Sitzungen; nach 4 Sitzungen war Fall 3 in tiefer Hypnose. Ich habe auch bei anderen Schwangeren beobachtet, dass sie sehr leicht zu hypnotisiren sind; prädisponirt also die Schwangerschaft zu tiefen Hypnosen? Ist das Zufall bei diesen gewesen?

Aus den Fällen 1 und 3 geht wieder einmal hervor, dass es besser ist, die Schwangeren schon im Anfang der Entbindung zu hypnotisiren, denn nachher kann es unmöglich werden, einen tiefen Schlaf zu produciren.

Zuletzt ist es interessant zu wissen, dass die Hypnosen vor der Geburt in den 3 Fällen genügend waren, um die Frauen von den Nachwehen ganz zu befreien.

Zur Redaction der Suggestion bei Enuresis nocturna.

Von

Dr. G. Ringier, Zürich.

Die Art und Weise, bei der Enuresis noct. die Suggestion zu geben, scheint mir sehr wichtig zu sein, wie ich denn überhaupt darauf hinweisen möchte, dass es gar oft die Form der Suggestion ist, die den Ausschlag giebt und nicht nur die Tiefe der Hypnose. Im Allgemeinen lassen sich die Patienten mit Enuresis leicht hypnotisiren, auch oft tief. Ich habe aber beobachtet, dass verschiedene Momente in Betracht und in die Suggestion eingezogen werden müssen, um dann mit ziemlicher Sicherheit zu reüssiren, und diese Momente bezwecken die Dessuggerirung von verschiedenen psychischen Zuständen, an denen alle diese Patienten leiden:

1. Sind es Angstgefühle, die besonders bei ältern Patienten und bei solchen zu Stande kommen, welche von den Eltern bestraft wurden und hier handelt es sich besonders um die Angst zeitlich vor dem Schlafengehen. Die Patienten befürchten, dass ihnen das Uebel in der Nacht passiren werde, dass sie sich dessen schämen müssen (bei ältern Patienten) oder dass sie dann wieder der Strafe verfallen. Diese Angstgefühle bewirken aber gerade ein „dem-Uebel-verfallen“, sie wirken suggestiv.

2. Ist es der zu tiefe Schlaf resp. ein ungenügendes Erwachen aus demselben. Viele dieser Unglücklichen geben an, dass sie es gemerkt haben, dass es aber dann schon zu spät war. Sie haben also wohl ihre Aufmerksamkeit dem Urinlassen zugewandt gehabt, haben es bemerkt, dass etwas vorging, sind also sehr wahrscheinlich aus dem Schlafe theilweise erwacht, nicht aber ganz; sei es,

dass sie autosuggestiv sich angewöhnt hatten, auch im Schlafe darauf etwas Acht zu geben oder dass das Gefühl des Nassen post festum sie darauf aufmerksam machte. Gewöhnlich aber schliefen sie trotz dieses Merkens wieder weiter und erwachten nicht ganz, um sich zur Zeit aufzuraffen und das Uebel noch theilweise zu verhüten. Ich habe nun bemerkt, dass die tiefen Hypnosen bei diesen Patienten leicht in natürlichen Schlaf übergehen und dass ferner beim Wecken, wenn nicht besonders die Suggestion dafür gegeben wird, sie nie sofort in den Wachzustand übergehen, sondern dass fast stets ein halb somnambules Schlafstadium, eine Schlaftrunkenheit, das Zwischenglied bildet und der Patient erst nach und nach sich aus demselben zum Wachzustand herauswindet, auch wohl durch abermalige Suggestion ihm zu Hülfe gekommen werden muss, wenn er nicht wieder dem Schlafe resp. der Hypnose verfallen soll.

3. Ist bei vielen der Geruchssinn, ich möchte sagen, ethisch-leidend, indem sie gar nicht mehr den abscheulichen Geruch wahrnehmen, den sie verbreiten. Ueberhaupt scheint mir, dass die Patienten vielfach das Ekelgefühl theilweise eingebüsst haben.

4) Mache ich wieder darauf aufmerksam, dass Erkältungen von Einfluss sind und besonders im Frühling, Herbst und Winter Recidive veranlassen können.

Diesen 4 Punkten entsprechend gebe ich nun meine Suggestion ungefähr in der folgenden Weise: „Höre, gieb jetzt Acht (um die Aufmerksamkeit gehörig zu concentriren), du wirst nun nicht mehr Angst haben Abends, bevor du in's Bett gehst, hast nicht Angst in's Bett zu machen. Du wirst ruhig einschlafen, wirst aber nie mehr so tief schlafen, dass du nicht mehr fühlst, wenn du nöthig hast, auf's Nachtgeschirr zu gehen. Du fühlst es immer, giebst die ganze Nacht Acht darauf und es weckt dich, du erwachst ganz und stehst auf, gehst aus dem Bett, nimmst das Nachtgeschirr und machst drein, aber nie mehr in's Bett. Immer, immer fühlst du es, da (indem ich den Unterleib berühre) so eine Völle, so ein Prickeln, und es weckt dich, du erwachst vollständig, springst auf, kannst gar nicht anders als schnell aufstehen und bist nicht zu faul, bist froh schnell aufzustehen und machst in's Nachtgeschirr und nicht in's Bett. Pfui, es ist auch so wüst, das thun nur Gassenbuben, und der Gestank, es ekelt dich an, kannst es gar nicht mehr riechen. Wenn du schon wolltest, so könntest du gar nicht mehr in's Bett machen.“ So ungefähr wiederhole ich die Suggestion in verschiedenen Variationen.

Man darf nicht einfach suggeriren, dass es der Patient fühle, sondern man muss ihm suggeriren w a s er fühle: so ein Vollsein im Unterleib, ein Drängen nach unten, ein prickelndes Gefühl „als ob's kommen wollte“ etc. Sodann ist es gut, auch das Bild des Erwachens (Augenaufschlagen, vollständig klar bewusst werden) und des Aufstehens (Aufsitzen, Beine zum Bett hinaus und aufstehen, hingehen zum Nachtgeschirr etc.), des „ruhig wieder in's Bettgehen“ und „ohne Angst Einschlafen“ und „des Morgens sofort ganz Erwachen“ zu veranschaulichen. Veranschaulichende Suggestionen wirken stets viel besser, besonders bei Kindern. So kann man auch z. B. suggeriren, dass er gleich sehen werde, wie er es fühle und es ihn wecke, wenn er es nöthig habe: „so, jetzt gib nur Acht, in 2 Minuten hast du es nöthig etc., es weckt dich, du musst auf den Abtritt gehen.“ Gelingt diese Suggestion, was nicht selten der Fall ist, so ist die Sache bereits eingeleitet.

Wegen Erkältungseinflüssen mache ich fast stets die Suggestion Wärmegefühl auf dem Unterleib, der nie mehr kalt werden könne; Patient erkälte sich überhaupt nie mehr, sei es an den Füssen, Händen, Beinen oder am Leib. Wegen Trinken oder Obstessen Abends gebe ich die Suggestion, dass das gar nichts mehr mache, wenn er es auch gelegentlich thue, da vielen Patienten ein unheilvoller Einfluss von diesen Erlabungen von den Angehörigen suggerirt wurde.

Viele Patienten sind trotz allen Ermahnungen und Strafen resp. gerade wegen diesen ganz i n d o l e n t geworden, lassen sich ermahnen und strafen aus Gewohnheit und geben keine Acht mehr auf ihr Uebel und die Eltern klagen, dass alles keinen Eindruck mehr auf sie mache. Solchen Patienten muss man das Ehrgefühl wieder beibringen, muss ihre Aufmerksamkeit wieder auf das Hässliche des Uebels lenken, ihre Achtsamkeit wieder darauf concentriren und das auch während der Nacht. Ueberhaupt suggerire ich allen, dass sie auch Nachts im Schlaf darauf Acht geben und es immer spüren und sich dessen sofort klar bewusst werden.

Bei einem solch indolenten Mädchen gelang mir die Beseitigung des Uebels dadurch, dass ich ihm einen straffangelegten Heftpflasterverband auf den Unterleib machte, ihm suggerirend, dass das zusammenziehe und das Wasser nicht mehr hinauslasse, dass es das Zusammenziehen die ganze Nacht spüre und den ganzen Tag (es litt an theilweiser Enuresis diurna). — Oft sind die Eltern Schuld, wenn die

Behandlung nicht gelingt; Kinder sind überhaupt von den Eltern oft schlecht beeinflusst.

Wetterstrand machte bereits darauf aufmerksam, dass man dem Patienten suggerire, dass er es fühle, wenn das Bedürfniss des Urinirens eintrete und dass er erwache und sah dabei bessere Resultate als beim einfachen Verbot im Schlafe zu uriniren. Bérillon betonte in dieser Zeitschrift (Heft X 1894), dass man zu allererst dem Kinde mit Eindringlichkeit suggerire, es werde Abends mit dem Vorsatze einschlafen, nicht in's Bett zu uriniren, es werde dringend das Bedürfniss zu uriniren verspüren sobald die Blase voll sei, der Urindrang werde es vollkommen munter machen und es werde sich sputen aufzustehen und sein Bedürfniss zu befriedigen. Reiche diese Suggestion nicht aus, so suggerire man ihm Schlaflosigkeit: „Sie werden so sehr wünschen, nicht mehr in's Bett zu uriniren, dass dieser feste Vorsatz sie Abends am Einschlafen verhindern wird. Sie werden sich im Bett herumwälzen, ohne zu schlafen und nur daran denken, aufzustehen und zu uriniren, sobald sie das Bedürfniss dazu empfinden." Nach einigen Tagen verschwinde die Schlaflosigkeit von selbst wieder und der Kranke überwache die Blasenfunction dann im Schlafe weiter. Auch Aufwachen zur bestimmten Stunde während der Nacht empfiehlt Bérillon als Suggestion; dazu gehöre eine Uhr mit Schlagwerk oder ein Wecker, der auf diese Zeit eingestellt sei. Ich habe auch diese letzteren Rathschläge befolgt und mehrmals Nutzen davon gesehen.

Meine Redaktion der Suggestion will also nur eine etwas erweiterte Vervollkommnung derjenigen der beiden angeführten Autoren sein und gebe ich dieselbe, weil ich deutlich gesehen habe, dass bei der Enuresis, die ja meist Kinder betrifft, es mehr als bei Erwachsenen darauf ankommt, wie die Suggestion formulirt sei: das Bild muss möglichst anschaulich sein.

Als interessante Suggestivwirkung resp. Emotivwirkung erwähne ich aus meiner früheren Landpraxis die Besserung eines Falles von Enuresis bei einem 10—12jährigen Mädchen, das die Eltern forcirten eine „Maussuppe" zu essen, was ihnen von einem alten Weibe angerathen wurde. Die Maus wurde mit Haut und Haar so lange gekocht, bis sie sozusagen aus Rand und Band ging und die abgegossene Brühe musste die arme Kleine sich zu Gemüthe führen! Wer versuchts?!

Zur Psychologie der Suggestion.

---

1. Nachtrag.

Dr. **Minde**, dessen Manuscript zu spät einging, um im letzten Hefte abgedruckt zu werden, machte in der Discussion Folgendes geltend: Ich möchte nur einige historische Momente berühren. — Das heute viel, vielleicht zu viel, gebrauchte Wort „Suggestion" ist keineswegs ein Product der Neuzeit. Du Prel hat darauf aufmerksam gemacht, dass dieses Wort schon, wenn ich nicht irre, in den vierziger Jahren angewendet wurde; ich habe es noch früher und zwar im ersten Bande der „Annales du magnétisme animal" vom Jahre 1814 angetroffen. Aber auch noch früher findet man das Wort. In den Acten einiger Hexenprocesse sind Erscheinungen erwähnt, welche man als hypnoide und auch als hypnotische sicher bezeichnen kann. Das Zustandekommen derselben erscheint nicht wunderbar, wenn man sich des damaligen mit reliösen Dingen stark durchmengten, fanatischen und martervollen gerichtlichen Verfahrens vergegenwärtigt. Das Lokal schon übte durch die brennenden Kerzen, das Kruzifix, die Schädel etc. einen gewissen Einfluss aus; der feierliche Ernst und die unerbittliche Strenge der Richter, Folterwerkzeuge und Henkerknechte erzeugten wohl bei jedem Angeklagten einen gewissen Grad von Aengstlichkeit; denkt man sich nun eine sensible Frauensperson, die in dem Bewusstsein völliger Unschuld und sittlicher Reinheit einer schweren Anklage — des Umgangs mit dem Teufel — ausgesetzt war, so wird man leicht begreifen, dass die anfängliche Verwirrheit und „Befangenheit" sich oft bis zu einem hohen Grade von Einengung des Bewusstseins steigerte. Es war dann leicht möglich, aus solcher Person jedes nur denkbare Geständniss herauszulocken. Sie antwortete in ähnlicher

Weise, wie es heute eben eine hypnotisirte suggestible Person ihrem Hypnotiseur gegenüber thut. Die wahrscheinlich ziemlich spät erfolgte Erkenntniss derartiger Zustände hochgradiger Suggestibilität führte zu einer gewissen Vorsicht bei dem Inquiriren und zu einem Verbot der „Suggestivfragen“ und der „Suggestionen“. Wer das letztere Wort zuerst angewendet hat, und zu welcher Zeit dieses geschah, kann ich Ihnen heute nicht sagen, denn ich habe (als Mediciner) nicht speciell nach diesem Gegenstande geforscht; ich bemerke nur, dass ich das Wort in dem Titel eines Buches vom Jahre 1552 schon gesehen habe. In welchem Sinne es hier gebraucht wurde, weiss ich nicht. Ebenso wenig habe ich die Folianten des berüchtigten Hexenrichters Carpzov, namentlich dessen „Practica nova“ darauf geprüft; indess ist wohl bei den meisten Commentatoren der „Carolina“ auf das Unstatthafte der „Suggestionen“ bei der Untersuchung hingewiesen. Ich kenne etwa ein Dutzend Autoren [1]), welche in eigenen Kapiteln oder Monographien die „Suggestionen“ behandeln. Wenngleich man eine präcise und allgemein gültige Erklärung noch nicht antrifft, so geht doch aus den Abhandlungen hervor, dass man das Wort in ähnlichem Sinne gebrauchte, wie heute, und es wohl durch „Einflüsterung, Eingebung, Beeinflussung“ übersetzen kann. Später scheint das Wort schon eine etwas andere Bedeutung erlangt zu haben. Feuerbach erwähnt in seinem „Lehrbuche des peinlichen Rechts“ der „Suggestionen“ als solcher (nicht gestatteter) Beweismomente, welche nicht direct von dem Angeklagten oder den Zeugen erlangt werden. [2]) Wie weit in allerneuester

---

[1]) Cocceji, S.: De suggestionibus earumque jure in Exercit. curios. T. I. diss. 76; — Stryck, S.: De jure suggestionis. Diss. jurid. Vol. VI. diss. XV; — Koch in Siebenkäs jurist. Magaz. II, p. 341; — Kleinschrod: Ueb. die Suggestivfragen des Richters. Würzb. 1787; — Derselbe. Ueb. Suggestionen im peinl. Proc., in dessen Abhandlgn. aus dem peinl. Recht u. peinl. Process. Erlang. 1797; I. p. 61—116; — Grattenauer: Ueb. d. Begriff d. Suggestivfragen etc. Berlin 1803; — Preu: Nonnulla capita de suggestion. in proc. crim. Altdorf 1804; — Parst: Ueber Suggestionen und deren Gefährlichkeit im Crim. Proc. Landsh. 1810; — Dorn, Vers. e. pract. Comment. üb. d. peinl. Recht. Th. II. § 351; — Danz, Peinl. Proc., § 202; Meister, Princip. jur. crimin. § 401; — Soden, Geist d. peinl. Gesetzg., II. § 547; — Servin, Ueb. peinl. Gesetzg.. § 185; — Quistorp, Grunds. d. deutsch. peinl. Rechts, Th. II, p. 669; — etc. etc.

[2]) In dem Processe Tausch ermahnte der Vorsitzende wiederholt die Geschworenen, ihr Urtheil nur von den Aussagen, die innerhalb des Gerichtssaales erfolgten, also von denen der Zeugen, abhängig zu machen, und sich nicht durch Artikel der Presse etc. beeinflussen zu lassen. — Das Wort „Suggestion“ wurde, soviel ich weiss, dabei nicht gebraucht.

Zeit die Suggestionen eine Rolle in juristischer Beziehung spielen, beweist vor Allem der Process Berchtold.

2. Nachtrag

von

Theodor Lipps.

In dem letzten Hefte dieser Zeitschrift findet sich ein von mir gehaltener Vortrag „Zur Psychologie der Suggestion“ sammt zugehöriger Discussion. Diese Discussion ist nicht vollständig. Es fehlt meine Antwort auf die gemachten Einwendungen. Durch besondere Umstände bin ich verhindert worden, diese Antwort mit in Druck zu geben. Ich gebe dieselbe im Folgenden; und zwar in der Fassung, wie sie durch die Gestalt, welche die übrigen Theile der Discussion im Druck angenommen haben, nothwendig geworden ist.

Die verschiedenen vorgebrachten Definitionen der Suggestion laufen, soviel ich sehe, wenn sie richtig verstanden und im Einklang mit den psychologischen Thatsachen interpretirt werden, im Allgemeinen auf eben das hinaus, was ich als das Wesen der Suggestion bezeichnet habe. Insofern habe ich keinen Grund zu einer Erwiderung.

Nur auf eine Bemerkung des Herrn Dr. von Schrenck, und weiterhin auf die Darlegungen des Herrn Parish will ich mit einem Worte eingehen. Herr Dr. von Schrenck scheint es als einen Vorzug seiner Definition zu betrachten, dass sie zwei wesentliche Merkmale des Begriffs der Suggestion, oder zwei Seiten der Suggestion, die sich gegenseitig bedingen, unterscheide. Das eine Merkmal oder die eine Seite sei die im Vergleich zu den gewohnheitsmässig auftretenden Inhalten vorhandene Stärke des suggerirten Inhaltes. Herr Dr. von Schrenck meint, damit die Sache präciser zu fassen, und Missverständnisse auszuschliessen.

Dieser Meinung kann ich nicht beistimmen. Einmal scheint mir ein Missverständniss meiner Definition, falls sie genau so genommen wird, wie sie lautet, nicht wohl möglich. Zum anderen aber ist ja eben dies, ob die grössere „Stärke“ des suggerirten Inhaltes ein besonderes Moment der Suggestion ausmache, eine der Hauptfragen, um die es sich bei der „Suggestion“ handelt. Und diese Frage habe ich vorhin auf Grund eingehender Ueberlegung entschieden verneinen müssen. Unter der „Stärke“ des suggerirten Inhaltes kann hier nicht etwa die Intensität, ebensowenig die sinnliche Lebhaftigkeit, sondern zunächst

nur die Vorstellungsenergie verstanden werden, d. h. die Fähigkeit der suggerirten Inhalte vor anderen Inhalten den Vorstellungsverlauf zu beeinflussen, oder überhaupt psychisch zu wirken.[1]) Dass aber der suggerirte Inhalt nicht an sich einen höheren Grad dieser Energie besitzen könne, sondern seine „Uebermacht“ nur gewinne durch die Lähmung der Gegenassociationen, dies eben war ich in meinem Vortrag besonders bemüht, deutlich zu machen. In der That lässt sich mit einer solchen besonderen „Stärke“, die den suggerirten Inhalten als solchen zukäme, psychologisch keine Vorstellung verbinden.

Was weiter Herrn Parish's Bemerkungen angeht, so treffen dieselben der Hauptsache nach nicht das von mir Vorgebrachte. Es ist erfreulicherweise ein Irrthum, wenn Herr Parish meint, dass er auf der Seite einer von mir angegriffenen Anschauung stehe.

„Suggestion“ soll nur ein anderer Ausdruck dafür sein, dass die hypnotischen Erscheinungen psychisch bedingt sind. Was ist damit gemeint? Ist Suggestion gleichbedeutend mit psychischer Bedingtheit überhaupt? Die willkürlichen Bewegungen der Theile meines Körpers beim Gehen, Laufen, Essen etc. sind psychisch bedingt. Sind sie mir darum suggerirt? — Dies ist offenbar nicht Herrn Parish's Meinung.

Herr Parish scheint nachher sich der Auffassung anzuschliessen, derzufolge Suggestion jede Sinneswahrnehmung heisst, sofern sie reproducirendes Moment ist. Auch dies aber kann doch nicht eigentlich Herrn Parish's Meinung sein. Die Autosuggestion braucht keineswegs von einer sinnlichen Wahrnehmung auszugehen. Sie wäre also aus dem Begriff der Suggestion ausgeschlossen. Soll sie nicht ausgeschlossen sein, so müsste also Suggestion jede beliebige Weckung von Vorstellungen oder jede beliebige Reproduction sein.

In der That wird auch schliesslich das „Suggeriren“ von Herrn Parish einfach mit „Anregen“ oder „Auslösen“ von Vorstellungen identificirt. Nun sagte ich schon, dass man niemand wehren könne, die Suggestion in der That so allgemein zu fassen. Zugleich habe ich aber auch bemerkt, warum dies methodologisch nicht zulässig sei. Herr Parish selbst giebt den Grund dafür an, wenn er betont, die „Suggestion“ sei ein „terminus technicus“. Ein terminus technicus ist ein solcher Ausdruck, der einem bestimmten Zusammenhang angehört, und in diesem Zusammenhang seinen specifischen Sinn gewinnt. So muss auch der Begriff der Suggestion, wenn er wirklich ein terminus technicus sein,

[1]) Vgl. über diesen Begriff der Vorstellungsenergie Lipps, Grundthatsachen des Seelenlebens, S. 158 ff.

und nicht lediglich alleralltäglichste, längst bekannte und benannte Thatsachen mit einem neuen, fremdartig klingenden Namen belegen soll, einen, dem Zusammenhang, dem der Begriff angehört, entsprechenden specifischen Sinn haben.

Und welchem Zusammenhang gehört nun der Begriff der Suggestion an? Welchen specifischen Sinn hat er demgemäss? — Herr Parish sagt, der Ausdruck „Suggestion“ sei gebraucht worden zur Erklärung der hypnotischen Erscheinungen. Aber die hypnotischen Erscheinungen erklären sich eben doch nicht aus beliebiger „Auslösung“ oder „Anregung“ von Vorstellungen, sondern nur aus der Auslösung von Vorstellungen unter Voraussetzung eines bestimmten Zustandes, nämlich des Zustandes der hypnotischen Suggestibilität, oder — da es auch Wachsuggestionen giebt —, der Suggestibilität, bezw. der abnorm gesteigerten Suggestibilität überhaupt. Ist also wirklich Suggestion nicht ein Allerweltsname, sondern ein „terminus technicus“ zur Bezeichnung desjenigen psychischen Thatbestandes, aus dem sich die hypnotischen Erscheinungen bezw. die ihnen verwandten Erscheinungen des wachen Lebens erklären, und sofern sie sich daraus erklären, dann ist Suggestion Weckung von Vorstellungen, sofern dadurch, nämlich auf Gruud jener Suggestibilität, die hypnotischen und verwandten Erscheinungen erklärbar werden.

Nun habe ich den Zustand der Suggestibilität in meinem Vortrag genauer bestimmt als eine Lähmung von Associationen. Also ist die Suggestion Auslösung von Vorstellungen, sofern dadurch, nämlich auf Grund jener Lähmung die hypnotischen etc. Erscheinungen verständlich werden. Oder was dasselbe sagt: Sie ist die Hervorrufung dieser Erscheinungen durch Weckung von Vorstellungen, die im Verein mit jener Lähmung, die fraglichen Erscheinungen nach allgemeinen psychologischen Gesetzen bewirken können bezw. müssen. Dies ist aber eben das, was ich in meinem Vortrag deutlich zu machen suchte.

Darnach stimmt also Herrn Parish's Definition der Suggestion, wenn sie etwas genauer betrachtet wird, mit der meinigen in erfreulichster Weise überein. Sie stimmt damit zugleich auch überein mit dem älteren Begriff der Suggestion, von dem Herr Dr. Minde berichtet. Die „Einflüsterung“, „Eingebung“, „Beeinflussung“, die nach Herrn Dr. Minde gemeint ist, wenn die von ihm citirten Autoren das Wort Suggestion gebrauchen, ist ja keineswegs beliebige Weckung von Vorstellungen; sondern sie ist zugleich die Herbeiführung einer logisch inadäquaten oder abnormen Wirkung dieser Vorstellungen. Nicht

minder stimmt die Erklärung des Herrn **Parish**, in der genaueren Bestimmung, die sie nach Obigem aus dem Zusammenhang gewinnt, überein mit den sonstigen Definitionen der Suggestion, die im Laufe unserer Discussion zu Tage getreten sind. Sie alle ergeben deutlich, dass die Suggestion, als terminus technicus, allerdings die Hervorbringung ausserordentlicher Wirkungen von Vorstellungen bezeichnet, oder dass der Begriff der Suggestion in diesem Sinne in der Wissenschaft eingebürgert ist.

Nun meint freilich Herr **Parish**, meinen Versuch, die zu erklärenden ausserordentlichen Erscheinungen aus dem Zusammenwirken der allgemeinen psychologischen Gesetze und jener ausserordentlichen Bedingung ihres Wirkens — der Associationslähmung — verständlich zu machen, auf Grund allgemeiner Erwägungen abweisen zu müssen. Es giebt, so versichert er, „gar keine Psychologie der Suggestion in diesem Sinne". „Eine Lehre vom Aufbau ausserordentlicher Phänomene auf Grund der normalpsychologischen Gesetze, eine solche Lehre giebt es nicht."

Dies ist ein einschneidender Vorwurf. Offenbar wäre es übel bestellt um meine „Psychologie der Suggestion", wenn es dieselbe gar nicht gäbe. Die Sache wäre aber umso übler, weil es unter der gleichen Voraussetzung überhaupt keine Psychologie, und schliesslich überhaupt keine Wissenschaft vom Wirklichen gäbe. Aber glücklicherweise befindet sich Herr **Parish** hier in einem Irrthum hinsichtlich des Sinnes der Wissenschaft und der wissenschaftlichen Gesetze; insbesondere hinsichtlich des Sinnes der Psychologie und der Gesetze, die sie statuirt. Jede Wissenschaft vom Wirklichen hat neben den normalen auch die in ihr Gebiet fallenden abnormen Erscheinungen, neben den gewöhnlichen die ausserordentlichen Vorgänge, neben der reinen oder möglichst vollständigen Wirkung von Bedingungen auch die Ablenkungen und Hemmungen dieser Wirkung zu erklären. Und überall sind die Gesetze, nach denen das Ausserordentliche sich erklärt, ebendieselben, die auch das Gewöhnliche und Normale verständlich machen. Gesetze, die dies nicht leisteten, wären eben keine Gesetze. So gehorchen die Störungen des körperlichen Lebens denselben allgemeinen physiologischen Gesetzen, wie der normale Lebensablauf. Kein Wunder, wenn es auch in der Psychologie ebenso sich verhält. Es bringt eben kein Gesetz irgend eine Wirkung rein aus sich selbst hervor. Sondern jedes Gesetz wirkt dies oder jenes, je nach den Bedingungen, die sich für die Anwendung desselben darbieten. Sind die Bedingungen nor-

male, so ist auch die Wirkung eine normale. Ebenso gewiss muss dann das Gesetz eine ausserordentliche Wirkung hervorbringen, wenn die Bedingungen ausserordentliche sind. Ich brauche aber wohl nicht noch einmal zu sagen, wiefern ich die ausserordentlichen Bedingungen, denen die Wirkung der „normalpsychologischen“ Gesetze bei der Suggestion unterliegt, in meinem Vortrag bezeichnet habe.

Schliesslich ist aber Herr Parish auch in diesem Punkte mit mir einer Meinung. Die Suggestionslehre, so sagt er, sei „die Lehre, welche die Anwendbarkeit der psychologischen Gesetze auf anormale Erscheinungen untersucht“. — Hier handelt es sich also doch auch für meinen verehrten Gegner um abnorme Erscheinungen. — „Sie ist die Beantwortung der Frage: Wenn wir annehmen, dass alle diese Phänomene psychisch bedingt sind, dass sie den bekannten Gesetzen gehorchen, lässt sich dann ein zweiter allgemeiner Factor auffinden, der erklärt, warum nicht ein normales, sondern ein aussergewöhnliches Ergebniss von uns statuirt werde? Welches ist dieser Factor?“ etc. — Hier begegnen wir wiederum dem Gegensatz des Normalen und des Aussergewöhnlichen. Im Uebrigen sieht jedermann, dass die hier von Herrn Parish geforderte Fragestellung eben diejenige ist, die meinen Erörterungen zu Grunde lag.

Bei dieser Auffassung der Suggestionslehre, so fährt Herr Parish fort, seien wir nicht gezwungen, „ein neues Schubfach für bestimmte Gruppen aus den psychologischen Gesetzen nicht ableitbarer Erscheinungen anzulegen“. Dies ist vollkommen richtig. Nur hätte Herr Parish daraus nicht einen Grund zur Ablehnung, sondern vielmehr einen Grund zur Annahme meiner Bestimmung des Wesens der Suggestion herleiten sollen. Damit wären dann auch die am Schluss seiner Darlegung gegen diese Bestimmung erhobenen Bedenken weggefallen. In der That leistet meine Definition der Suggestion eben das, was Herr Parish hier von einer Definition der Suggestion erwartet; wenigstens dann, wenn ich auch hier wiederum Herrn Parish's Worten den Sinn gebe, den sie dem Zusammenhang seiner Darlegungen zufolge einzig haben können.

Damit meine ich Herrn Parish's Einwendungen zur Genüge gerecht geworden zu sein. Anhangsweise will ich noch erwähnen, dass auch Herrn Dr. Oskar Vogt's Definition der Suggestion zur meinigen keineswegs im Widerspruch steht. Er bezeichnet die Suggestion als abnorm intensive Folgewirkung von Zielvorstellungen. In der That kann man, wenn man will, die Vorstellungen, die die sug-

gestive Wirkung üben, Zielvorstellungen nennen, obgleich damit kein neues erklärendes Moment bezeichnet ist. Und abnorm intensiv sind die Wirkungen dieser Vorstellungen gewiss; sie sind nur zugleich qualitativ eigenartige Wirkungen. Das suggerirte Urtheil, die suggerirte Handlung, auch die suggerirte Hallucination, ist nicht etwa eine blosse Intensitätssteigerung der normalen Wirkung einer Vorstellung.

Nicht minder hat Dr. Vogt's Forderung, dass die hypnotische Suggestion affectlos sei, ihre Berechtigung. Sie hat dieselbe insofern, als der „affective" Character oder die „Gefühlsbetonung" einer Vorstellung auf ein actives Mitbetheiligtsein des Individuums oder seiner „Interessen" beim Vollzug der Vorstellung und ihrer psychischen Wirkung hinweist. Zu diesem activen Mitbetheiligtsein steht aber der Character des Aufgenöthigten, wie er der Suggestion anhaftet, oder die Passivität des Individuums bei der Aufnahme und Wirkung derselben, in Gegensatz. — Freilich bedürfte dieser Punkt einer genaueren Darlegung, auf die aber hier Verzicht geleistet werden muss.

Referate und Besprechungen.

Hypnotismus.

Crocq fils, Etat de la sensibité et des fonctions intellectuelles chez les hypnotisés. Bericht des III. internat. Congresses für Psychologie. München 1897.

Der Vortrag enthält nur Angaben aus dem „Hypnotisme sciantifiques" des Verf. (s. diese Ztschr., Bd. 5, pag. 78ff.). Bei Ausschluss jeder Suggestion fand Verf. zumeist die Stärke der Abnahme der Sensibilität jeder Form und der Ideenassociation im Verhältniss zur Tiefe der Hypnose stehend, nach der tiefen Hypnose Amnesie, in der tiefen Hypnose keine auffallenderen Erinnerungen an frühere Hypnosen, keinen Personalrapport. Man kann nicht auf suggestivem Wege ein Erinnerungsbild vollständig auslöschen; man hat daher auch keine Garantie für eine suggerirte Amnesie.

In der Discussion knüpft Bramwell an den letzteren Punkt an: Automatische Acte sind durch die Gewohnheit unbewusst gewordene Handlungen. Die suggerirte criminelle Handlung ist eine ungewohnte; sie kann deshalb auch nicht als ein automatischer Act bezeichnet werden. — Das Sujet erkennt — wie sich Br. durch vielfaches Fragen der hypnotisirten Sujets überzeugt habe — das Experiment eines suggerirten Verbrechens als solches. O. Vogt.

J. Milne Bramwell, Personally observed Hypnotic Phenomena; and what is Hypnotism? Proceedings of the Society for Psychical Research. Part. 31. December 1896. 84 S.

Entsprechend dem Titel berichtet der Verf. im 1. Theil von einigen ein allgemeineres Interesse beanspruchenden Beobachtungen, um dann im 2. Theil der Frage nach dem Wesen des Hypnotismus näher zu treten.

Als Quintessenz seiner Erfahrungen bezeichnet Verf. gleich zu Anfang, dass die hypnotisirte Versuchsperson ein höheres geistiges Leben hat als sie für gewöhnlich aufweist und dass sie eine bedeutende Fähigkeit besitzt, bezüglich der Befehle des Hypnotiseurs zu wählen.

In Betreff der Methode des Hypnotismus sah Verf. nie eine ausschliesslich auf physikalischem Wege, dagegen manche nur durch Verbalsuggestion hervor-

gerufene Hypnose. Ferner kann Verf. nicht den Werth von Hypnotica bestätigen oder hat er normalen Schlaf in Hypnose überführen können. Die Suggestibilität fand Verf. individuell sehr verschieden, aber zumeist proportional der Concentrationsfähigkeit des Individuums. Wenn Verf. 200 Personen, die er hypnotisirte, in 2 Gruppen von je 100 einmal nervengesunden und dann schwer nervösen, einer Concentration der Aufmerksamkeit unfähigen Personen eintheilt, so gestalteten sich die Resultate folgendermaassen:

für die erste Gruppe

kein Misserfolg, 12 leichte, 40 tiefe und 48 somnambule Hypnosen; darunter 92 Erfolge beim 1. Versuch; bei den 8 zurückbleibenden Fällen höchste Versuchszahl 4,

für die zweite Gruppe

23 Misserfolge, 35 leichte, 13 tiefe, 29 somnambule Hypnosen; von den 77 Erfolgen in 51 Fällen Hypnose beim 1. Versuch, für die übrigen 26 Fälle höchste Versuchszahl 15.

Das Geschlecht übt nach den Erfahrungen des Verf. keinen Einfluss aus.

An bemerkenswerthen Phänomenen, die Verf. an seinen Versuchspersonen beobachtete, sei registrirt, dass Verf. suggestiv die Pulszahl und gleichzeitig seine Spannung beeinflussen, die Unterschiedsempfindlichkeit für die einzelnen Sinne bedeutend steigern, ferner einen Accomodationskrampf des Auges beseitigen konnte.

In ausführlicher Weise berichtet dann Verf. von seinen Zeitschätzungsversuchen. Verf. hatte dieselben bereits zum Gegenstand eines Vortrags auf dem Münchener Psychologenkongress gemacht und hat Hilger darüber bereits in dieser Ztschr. (Bd. 5 pag. 379 f.) berichtet.

In einem folgenden Abschnitt über Gedächtniss erwähnt Verf. einiger Beobachtungen gesteigerter Reproductions- und Merkfähigkeit, ohne wesentlich Neues zu bringen. Verf. bemühte sich des Weiteren vergeblich, für normale Schlafzustände oder für hysterische Dämmerzustände die nachherige Amnesie zu beseitigen. Für im „Wachsomnambulismus", dem „partiellen systematischen Dissociationszustand" des Ref., realisirte Suggestionen zeigten die Versuchspersonen des Verf. eine im Verhältniss zum normalen Wachsein herabgesetzte Merkfähigkeit.

Bezüglich des sogenannten hypnotischen Automatismus erklärt Verf. im Einverständniss mit seinen Ausführungen auf dem Münchener Psychologencongress, dass alle seine Versuchspersonen willkürlich über die Annahme einer Suggestion entscheiden konnten und criminelle Suggestionen immer als Experimente erkannten. Aus den Beschreibungen, die bei dieser Gelegenheit drei seiner Somnambulen von ihrem hypnotischen Zustand geben, geht hervor, dass sie sich annähernd in demjenigen Bewusstseinszustand befinden, den Ref. als „eingeengtes systematisches Wachsein" bezeichnet. —

Zu diesen Erfahrungen des Verf. möchte sich Ref. die folgenden Bemerkungen erlauben.

1. Die Erfahrungen des Verf. über den Grad der Durchschnittssuggestibilität contrastiren bedeutend gegenüber denjenigen seines Landsmannes Lloyd Tuckey, nähern sich dagegen im höchsten Grade den Resultaten Forel's und des Ref. Ref. möchte das besonders hervorheben, da Löwenfeld gerade die Erfahrungen Lloyd Tuckey's denjenigen des Ref. gegenübergestellt hat. (Vgl. Löwenfeld, Psychotherapie pag. 137 und andererseits meine Besprechung der Psychotherapie

Lloyd Tuckeys in dieser Ztschr. Bd. 4 pag. 53). Dagegen ist Ref. der Ansicht, dass das weibliche Geschlecht durchschnittlich leichter Suggestionen realisirt.

2. Bei den in ihren Resultaten so interessanten Zeitschätzungsversuchen ist es im höchsten Grade zu bedauern, dass Verf. mit einer Person experimentirte, die einer psychologischen Selbstbeobachtung unfähig war. Ref. steht mehr als je auf dem Standpunkt, dass ausschliesslich die directe Selbstbeobachtung eine Vertiefung der Symptomatologie der hypnotischen Bewusstseinszustände ermöglicht. Zeitschätzungsversuche, unternommen an Personen, die einer sichern Selbstbeobachtung fähig sind, würden ihren Mechanismus sicherlich aufdecken. Dabei möchte Ref. noch ausdrücklich sein Befremden darüber ausdrücken, dass dem Verf. die suggestive Hypermnesie so wenig gelungen ist. Ref. verfügt hier über ganz entgegengesetzte Resultate. Er hat in ausgedehntestem Maasse z. B. für normale Schlafzustände, wie hysterische Bewusstseinszustände die Amnesie beseitigen können.

3. Die Ansichten des Verf. über den sog. „hypnotischen Automatismus“ sind nach den Erfahrungen des Ref. zu extrem. Ref. kennt Fälle, wo Suggestionen entgegen der Willensrichtung der Versuchsperson sich nach Art von Triebhandlungen realisirten. Aber für das Gros der Fälle stimmt Ref. mit dem Verf. überein.

Im 2. Theil seiner Arbeit entwickelt Verf. seine Anschauungen an der Hand einer Kritik der Lehren anderer Autoren.

Verf. berücksichtigt dabei sehr viel die Anschauungen Braid's. Diesem hat Verf. andererseits eine besondere Arbeit gewidmet. Da diese noch für sich in dieser Zeitschrift besprochen wird, so wollen wir hier die Anschauungen B. nicht weiter beachten.

Dagegen sei hier näher auf die Kritik eingegangen, die Verf. der Lehre Bernheim's widmet. Verf. fasst die Lehre Bernheims in fünf Sätze zusammen.

1. Bernheim sucht die hypnotischen Erscheinungen durch den Nachweis von Analogien mit dem normalen Wachsein zu erklären. Hier macht Verf. zwei Einwände:

a) eine erfolgreich zwischen zwei Gruppen von Erscheinungen festgestellte Analogie erklärt damit weder die eine noch die andere;

b) die automatischen, unwillkürlichen und unbewussten Acte des Wachseins, in denen Bernheim die Analogie zu finden glaubt, existiren in der Hypnose selten oder gar nicht.

2. Jede Idee hat eine „ideoplastische“ Tendenz. Verf. bemerkt hierzu:

a) Im Wachsein hat eine suggerirte Idee meist keine Tendenz zur Realisation.

b) Im Wachsein hat eine suggerirte Idee häufig die Tendenz, das Gegentheil hervorzurufen.

c) Im Wachsein hat eine suggerirte Idee nur selten die Tendenz, sich zu realisiren.

3. In der Hypnose ist die „ideoplastische“ Tendenz, die Suggestibilität, durch Suggestion vermehrt. Hier bemerkt Verf., dass man nicht, wenn wirklich die Worte: „Sie sind jetzt in einem Zustand gesteigerter Suggestibilität“ den Normalzustand in Hypnose überführen könnte, begreifen könnte, warum die viel intensiver suggestiven Einwirkungen des täglichen Lebens nicht eine die Suggestibilität der Hypnose noch weit übersteigende des Wachseins hervorriefen.

4. Die Realisation einer Suggestion ist in der Hypnose und dem Wachsein

gleich. Im Anschluss an diesen Satz bemerkt Verf. Folgendes. „Kaltblütige“ Suggestionen (gefühlsschwache Zielvorstellungen des Ref.) haben im Wachsein selten eine Wirkung. Hier wirken gefühlsstarke Suggestionen, die andererseits in der Hypnose vollständig fehlen, ja ihr entgegenwirken können.

Characteristisch für die Suggestionen in der Hypnose sind des Weiteren:

a) Es sind eine Reihe von Suggestionen gleichzeitig möglich.

b) Ein suggerirtes Phänomen kann sofort in sein Gegentheil verwandelt werden.

c) Hypnotische Phänomene können jederzeit beseitigt werden.

d) Die Realisation einer Suggestion kann zeitlich verschoben werden.

e) Jede Suggestion realisirt sich, die nicht der Moral des Individuums widerspricht und zweitens im Bereich seiner Suggestibilität liegt.

f) Aehnliche Suggestionen haben ähnliche Resultate.

g) Hypnotische Suggestionen verstärken sich durch Uebung.

h) Patienten, die auch von gefühlsstarken Wachsuggestionen unbeeinflusst blieben, wurden durch hypnotische Suggestionen beeinflusst.

Characteristisch für gefühlsstarke Suggestionen sind dagegen:

a) Ihre Zahl ist in einer Zeiteinheit eng begrenzt.

b) Ohne gleichzeitigen Wechsel des emotionellen Zustandes können sie nicht in ihr Gegentheil verwandelt werden.

c) Sie können nicht beliebig beendet werden.

d) Der Zeitpunkt ihres Eintritts kann selten verschoben oder fixirt werden.

e) Ihr Auftreten ist weniger sicher.

f) Sie sind bei verschiedenen Individuen nicht in gleicher Art hervorzurufen.

g) Sie verlieren ihre Kraft durch Wiederholung.

5. Die vier vorhergehenden Sätze enthalten eine vollständige Erklärung des Hypnotismus. Hierzu bemerkt Verf. Folgendes. Er kann nur eine der Ideen Bernheim's annehmen, nämlich die, dass die Suggestion eine grosse Rolle bei Hervorrufung der hypnotischen Phänomene spielt. Es bleibt dann aber die weitere Frage übrig, wie weit die Suggestion die Phänomene der Hypnose erklärt. Hier muss Verf. betonen, dass die Suggestionen nur wirken, wenn sie 1. vom Individuum angenommen werden und 2. dieses zur Realisation fähig ist. Dementsprechend sind die Suggestionen (d. h. die Zielvorstellungen des Ref.) nur ein äusseres „Signal“ für ihre Realisation, das eigentliche Wesen des Hypnotismus.

Verf. geht nun näher auf die Ursache dieser Realisation ein. Zu ihr gehört im Allgemeinen eine gewisse Concentration der Aufmerksamkeit (siehe oben!). Jedoch ist dabei zu bemerken:

1. Man kann eine Hypnose hervorrufen, ohne dass die Aufmerksamkeit des zu Hypnotisirenden auf eine Schlafvorstellung gerichtet ist.

2. Die Einleitung einer Hypnose ist eventuell nicht durch Concentration, sondern durch Ablenkung der Aufmerksamkeit möglich.

3. Die Phänomene des natürlichen Somnambulismus, die denjenigen der Hypnose am nächsten stehen, erfordern keine vorhergehende Concentration der Aufmerksamkeit.

4. Nach öfterer Hervorrufung einer Hypnose kann diese eingeleitet werden, ohne dass eine längere Concentration der Aufmerksamkeit nöthig wäre.

Im Zusammenhang hiermit ist zu constatiren, dass der Rapport stets auf

directer oder indirecter Suggestion beruht und dass ferner die Hypnose nicht — wie Braid und Bernheim wollen — einen Monoideismus darstellt. Die Aufmerksamkeit ist nicht in ihrem Umfang begrenzt, nicht auf eine Idee concentrirt. Im Gegentheil: aus der Thatsache, dass gleichzeitig eine Reihe von Suggestionen sich realisiren können, geht zur Genüge hervor, dass vielmehr die Hypnose ein Polyïdeïsmus sei, dass sie ein erweitertes Bewusstsein darstelle.

Diese Erweiterung des Bewusstseins will Verf. dann durch die Lehre des „Doppel-Ichs" erklären. Er schildert in eingehender Weise diese Lehre im Anschluss an Myers, den „klarsten" Vertreter dieser Theorie. In der Hypnose sei das Bewusstsein eben auf das umfangreichere Unterbewusstsein ausgedehnt. —

Die interessanten Ausführungen des Verf. in diesem 2. Theil seiner Arbeit könnten zu einer grossen Reihe kritischer Bemerkungen Veranlassung geben. Ref. möchte nur einige Punkte hervorheben.

1. Wenn Verf. gegen Bernheim hervorhebt, dass er ganz übersehen habe, die Suggestionserscheinung als solche zu erklären, so wird Verf. mit dieser Behauptung wohl allgemeine Anerkennung finden.

2. Verf. ist gleichzeitig mit dem Ref. zu der Anschauung gekommen, dass man zwischen gefühlsschwachen und gefühlsstarken Suggestionen unterscheiden muss.

3. Ref. muss entschieden dagegen protestiren, dass der hypnotische Bewusstseinszustand mehr als das normale Wachsein einen Polyïdeïsmus darstelle. Ref. stimmt dem Verf. ja darin bei, dass der Hypnotisirte zu höheren geistigen Leistungen befähigt ist. Aber diesen höheren geistigen Leistungen liegt eben eine Einengung des Bewusstseins zu Grunde. Die stärkere Intensität geht einer Abnahme der Extensität parallel.

4. Dabei wird die staunenswerthe Leistungsfähigkeit dieser stärkeren Intensität, wie die stärkere Intensität selber durch die Lehre des „Doppel-Ichs" absolut nicht erklärt.

Soweit die Lehre vom „Doppel-Ich" eine Spaltung des Bewusstseins (des „Oberbewusstseins" dieser Autoren) annimmt, ist sie falsch. (Vgl. v. Schrenck-Notzing's Referate über Dessoir, das Doppel-Ich (diese Ztschr. Bd. 5) und Ranschburg-Hajós, Neue Beiträge zur Psychologie des hysterischen Geisteszustandes (dieses Heft). Der Begriff des „Unterbewussten" ist nur ein vom metaphysischen Standpunkt aus logisch berechtigter Synonymausdruck für „Unbewusstes". Mit der Feststellung also, dass „in der Hypnose das Bewusstsein auf das umfangreichere Unterbewusstsein ausgedehnt" sei, ist in der gewöhnlichen psychologischen Ausdrucksweise nichts weiter gesagt, als dass man in der Hypnose Phänomene erzielen kann, die man im Wachen nicht beobachtet. Das Warum erhält durch Einführung eines neuen Wortes nur eine Scheinerklärung.

Verf. hat eben die deutsche Literatur nicht genügend beachtet. Die theoretischen, nur in der äusseren Form des Ausdrucks so abweichenden, aber innerlich sehr nahestehenden Ausführungen Forel's, Lehmann's und Wundt's haben — wie es auch jüngst in dem Vortrag Lipps' zum Ausdrucke kommt — die Grundlage zu bilden, auf die eine Erklärung des Wesens der hypnotischen Erscheinungen aufgebaut werden kann. O. Vogt.

J. Milne Bramwell, James Braid; his Work and Writings. Proceedings of the Society for Psychical Research. Part. 30. 40 S.

Diese historische Arbeit hat den Zweck, weitverbreitete irrthümliche Anschauungen über Braid zu beseitigen. Man kann die herrschende Ansicht über Braid dahin zusammenfassen, dass Braid an Phrenologie glaubte, der Entdecker oder Wiederentdecker vom subjectiven Ursprung der hypnotischen Phänomene war, aber von Suggestion nichts wusste. Diese Anschauung basirt auf Braid's Werk „Neurypnologie“. Aber diese Arbeit ist nur eine aus der langen Reihe seiner Veröffentlichungen, während welcher der Verfasser seine Ansichten wesentlich änderte.

In unserer Ztschr. hat bereits Moll (Band 1, pag. 108) im Anschluss an die Besprechung der von Preyer veranstalteten deutschen Ausgabe der Braid'schen Werke auf diesen Punkt hingewiesen, sodass den Lesern unserer Ztschr. die Weiterentwickelung Braid's in der Erkenntniss des Wesens des Hypnotismus nicht unbekannt geblieben ist. Trotzdem möchte Ref. eine Reihe von Punkten aus der interessanten Studie Bramwells hervorheben.

Bekanntlich hat Pitres (Leçons cliniques sur l'hystérie 1891. 59. Vorlesung) die Lehre Braid's von dem Phrenohypnotismus in veränderter Form als die Lehre von den „zones idéogènes“ wieder aufgenommen. Nach Pitres ruft die Berührung gewisser Hautstellen im hypnotischen Zustand bestimmte Stimmungen, Erinnerungsbilder etc. wach. Braid hat seinerzeit 1843 eine Uebereinstimmung diesbezüglicher Erinnerungsbilder mit den Lehren der Phrenologie gefunden. Es ist nun aber interessant zu sehen, wie sich seine Ansichten über diese Erscheinungen ändern parallel einer Zunahme seines Wissens über die Macht der psychischen Einflüsse in Hervorrufung der verschiedenen Phänomene des hypnotischen Zustandes. Schon 1841 hob Braid bereits die grosse „Gefügigkeit“ hypnotisirter Personen hervor. 1843 betonte Braid, dass bei den fraglichen Erscheinungen unbedingte Suggestionen des Experimentators ebensowenig auszuschliessen seien, wie zufällige oder einem phrenologischen Wissen entspringende associative Verbindungen. Im folgenden Jahre endlich zeigte Braid dann, dass alle diese Phänomene durch Verbalsuggestionen ausgelöst werden konnten und dass man auf diese Weise die Hervorrufung jedes einzelnen Phänomens von der Berührung einer beliebigen Körperstelle abhängig zu machen im Stande war. Auf diese Weise überwand Braid jene Irrtümer, in denen 1½ Menschenalter später die Schule der Salpêtrière stecken blieb. Ref. hat das grosse Glück, zur Zeit im Service des Dr. Déjerine eine der Hauptversuchspersonen Charcot's studiren zu können. Dieselbe zeigt eine pathologisch starke Suggestibilität. Man versteht so sehr gut, wie diejenigen, denen die Macht der Suggestion verborgen blieb, in die grössten Irrthümer verfallen konnten.

Bezüglich der allgemeinen Auffassung des Wesens des Hypnotismus hatte Braid in der „Neurypnologie“ den „physikalischen“ Standpunkt vertreten. Später aber (1847 und 1851) führt B. aus, dass die hypnotischen Phänomene der concentrirten Aufmerksamkeit des Patienten entspringen. Der Hypnotiseur leitet dabei nur diese Aufmerksamkeit. Der hypnotische Zustand stellt einen Monoideeïsmus dar, die Concentration der Aufmerksamkeit auf eine einzige Idee oder Ideengruppe. Zugleich verstehen wir, dass „der Einfluss, den Suggestionen und Impressionen im gewöhnlichen Wachzustand hervorzurufen fähig sind,

während des nervösen Schlafes mit entsprechend grösserem Effect wirkt, wenn die Aufmerksamkeit soviel mehr concentrirt ist als im gewöhnlichen Wachzustand".

Bezüglich des von ihm eingeführten Ausdrucks „Hypnotismus" erklärt Braid, dass das Wort „Hypnotismus" ernstlichen Einwänden unterworfen wäre, da darunter nicht ein einziger Zustand verstanden worden sei, sondern eine Serie von Zuständen in jedem möglichen Grade variirend, und dass in correcter Phraseologie der Terminus Hypnotismus nur auf die Phänomene beschränkt werden sollte, die bei Patienten vorkommen, welche thatsächlich in einen Schlafzustand verfallen und die beim Erwachen sich an nichts mehr erinnern können. Von denen, die durch hypnotische Proceduren gebessert oder geheilt worden sind, verfällt vielleicht unter zehn einer in den Schlafzustand der Bewusstlosigkeit. Der Ausdruck Hypnotismus ist daher imstande, die Patienten zu verwirren und sie in Zweifel zu versetzen über die Vortheile von Proceduren, die mit den landläufigen Begriffen von Hypnotismus nicht übereinstimmen." Diese Worte verdienen auch heute noch Beachtung. Braid schlug daher vor, nur die Fälle künstlichen Schlafes hypnotische zu nennen, die von Amnesie beim Erwachen begleitet sind, in denen jedoch durch neues Hypnotisiren sich diese Amnesie beseitigen lässt. Als „hypnotisches Coma" bezeichnet Braid das tiefere Stadium, für das sich die Amnesie nicht beseitigen liesse.

Entsprechend seiner Auffassung des hypnotischen Zustandes als eines Monoideïsmus sieht er einen principiellen Unterschied zwischen diesem und dem natürlichen Schlaf. „Die Hauptdifferenz zwischen dem hypnotischen Schlafe und dem natürlichen besteht in dem Zustand der Beschaffenheit des Geistes. Beim Verfallen in den gewöhnlichen Schlaf ist der Geist zerstreut und passiv, gleitet von einer Idee in die andere gleichgültig hinüber, dabei die Versuchsperson unfähig machend, ihre Aufmerksamkeit auf eine regelmässige Gedankenfolge zu fixiren oder irgend welche Acte auszuführen, die viel Willenskraft erfordern. Die Folge hiervon ist, dass ein Stadium von Passivität während des Schlafes offenbar wird, sodass Wortsuggestionen und Sinneseindrücke, wofern sie nicht intensiv genug sind den Schläfer zu wecken, selten mehr als einen Traum hervorrufen, indem Ideen durch seinen Kopf gehen, ohne definitive physische Acte zu veranlassen."

Interessant ist des Weiteren, dass bereits Braid nicht nur die Wirkung des Magneten und der Homöopathie psychischen Factoren zuschreibt, sondern auch das psychotherapeutische Moment in der Wirkung von Droguen hervorhebt. Die geistige Einwirkung, dachte Braid, giebt die Erklärung für die merkwürdigen Umwälzungen, die in verschiedenen Zeiten stattgefunden haben, was die Wertschätzung der Heilkraft und die Macht gewisser Medicamente betrifft. „In einer Periode schien ein Universal-Lieblingsmittel mit jeder schätzbaren Eigenschaft begabt zu sein; bald ist es vergessen und als völlig werthlos abgesetzt; neuerdings steigt es auf die Höhe der Macht und des Glanzes empor, um dann hinwiederum von einem anderen ersetzt zu werden. Alles dieses spielt sich ganz natürlich in folgender Weise ab. Ein eifriger und sanguinischer Professor verschreibt es mit grossem Vertrauen. Die Patienten, die gewöhnlich scharfe Physiognomisten sind, fangen die Begeisterung auf. Die Resultate sind die denkbar günstigsten. Jeder Erfolg vermehrt das Vertrauen des Arztes und seiner Patienten. Andere Aerzte, auch vertrauensvoll verschreibend, erhalten gleich günstige Resultate. So erreicht das Heilmittel den Höhepunkt seines Ruhmes und seiner Beliebtheit. Andere verfolgen indessen diese Entwickelung mit geringeren Hoffnungen; ja sie wünschen vielleicht,

die Entdeckung rivaler Aerzte nicht solcher Lobeserhebungen würdig zu finden. Die Patienten merken den Zweifel, der in den Worten, den Blicken und der Art des Auftretens solcher Aerzte liegt. Die Wirkungen sind entsprechend geringer; und jeder folgende Fall vermindert die Werthschätzung des einst so in Mode stehenden und allmächtigen Mittels. Andere nehmen diese Ansichten an und so zerstören sie durch ihren vereinigten psychischen Einfluss die natürliche Tendenz des Heilmittels und verhüten sogar das Gute, was gesetzlich demselben unabhängig von jedem Enthusiasmus, Neid oder Laune anhängt. Es schlummert nun einige Zeit in Vergessenheit, einem anderen Rivalen Platz machend. Aber während nun das letztere in Blüthe steht, fängt ein eifriger Arzt von Neuem an, das erstere zu begünstigen. Der Process wiederholt sich. Das letztere steigt noch einmal zu höchsten Ehren empor, um dann aufs Neue unverdienter Vernachlässigung anheimzufallen.“ So schrieb Braid vor 50 Jahren. Haben sich die Aerzte seitdem geändert?

Schädliche Wirkungen des Hypnotisirens werden von Braid auf das Entschiedenste bestritten. „Ich habe keine Erfahrung,“ sagt er, „über irgend einen unwiderstehlichen Einfluss über Individuen, um auf diese ungünstige Wirkungen ausüben zu können. Ich vermuthe stark, dass diese Wirkungen nur in der Einbildung der beiden Parteien liegt, sowohl des Experimentators, als der Versuchsperson.“ „Im Gegentheil bin ich überzeugt, dass eine Person mit sonst correcten Anschauungen während des somnambulischen Stadiums, solange das Bewusstsein andauert, ebenso viel Delicatesse und Einschränkung des Betragens zeigen wird als im Wachzustand. Weiter habe ich gefunden, dass überhaupt Niemand ohne seine eigene Willfährigkeit hypnotisirt werden kann und es daher falsch ist, wenn man Hypnose als ein Mittel ansieht, das, wie Einige behauptet haben, zu unmoralischen Zwecken missbraucht werden kann.“ Braid erklärt weiter, dass er im Anschluss an Hypnotisationen nie nervöse Anfälle gesehen hat, noch je einen Schläfer nicht binnen 2 Minuten wecken konnte.

Aus den Ausführungen Bramwell's geht — was ja uns auch das Studium der Preyer'schen Ausgabe zeigte — zur Genüge hervor, dass Braid manche Ansicht bereits ausgesprochen hat, die später unabhängig von ihm von der Nancyer Schule aufgestellt worden ist. Im Gegensatz zu Liébeault und Bernheim sieht Braid in der Lehre von der Suggestion kein Erklärungsprincip, hält er an der Verschiedenheit zwischen Schlaf und Hypnose fest, sieht er im Rapport nur ein Suggestivproduct und bekämpft er die Lehre vom sogenannten „hypnotischen Automatismus“.

Ein letzter bemerkenswerther Unterschied, so schliesst Verf. seine Studie, ist bezüglich der Carrière zwischen Braid und Liébeault zu constatiren. „Braid's Ansichten brachten ihm sofort Ruhm. Seine Bücher wurden rasch verkauft; die Nachfrage darnach überschritt seine Fähigkeit, dieselben zu ergänzen. Die medicinischen Journale waren ihm in einer Weise offen, die sehr wohl den Neid derjenigen wecken konnte, die sich heutigen Tages mit diesem Gegenstand beschäftigen. Als Liébeault sein Buch „Du sommeil et des états analogues“ publicirte, wurden bloss 6 Exemplare verkauft. Seine Behauptungen fanden nur Skeptiker, seine Behandlungsmethode wurde ohne Prüfung verworfen. Er wurde von allen ausgelacht und missachtet. Viele Jahre opferte er sich vollständig für die Armen auf und wies lange Bezahlung zurück, um nicht dafür ausgeschrieen zu werden, aus seiner

Methode Geld schlagen zu wollen. Selbst in seinen späteren Jahren hatte er kein Vermögen, und seine Verdienste — Verdienste, die er in seiner Bescheidenheit als einen einfachen Stein zum Gebäude, an dem alle bauten, hinstellte — wurden erst anerkannt, als er in hohem Alter sich von seinem Werke zurückzog. Trotzdem seine Forschungen anerkannt worden, ist es gewiss, dass sie nicht in ihrem ganzen Werthe geschätzt worden sind und dass Glieder einer jüngeren Generation den Dank geschluckt haben, den die Arbeit seines ganzen Lebens nicht zu erreichen vermocht hat."

O. Vogt.

II. Psychophysiologie.

Th. Lipps, Der Begriff des Unbewussten in der Psychologie. 3. internat. Congress f. Psychologie. München 1896. 18 S.

In diesem Vortrag fasst Verf. in bestimmter Formulirung zusammen, was er schon hier und da gesagt und eindringlich zu machen versucht hat.

Die Aufgabe der Psychologie ist: Bewusstseinsinhalte und ihr Dasein verständlich zu machen, d. h. in einen Causalzusammenhang einzuordnen oder in ihrer Gesetzmässigkeit zu begreifen. Dabei sind die Bewusstseinsinhalte nicht etwa soweit Theile der Psychologie, als sie „bewusst" sind, sondern vielmehr soweit als sie eine bestimmte Beziehung zum Ich aufweisen, als sie ein „subjectiv Wirkliches" darstellen. 1. Was ist das Ich, auf das sich das Wirkliche bezieht und 2. worin besteht diese Beziehung?

Das Subject ist nicht etwa das Bewusstsein von meinem Körper. Es ist vielmehr in seiner primitiven Gestalt, so führt Verf. unter gleichzeitiger Kritik einer einseitigen, die Gefühle auf Organempfindungen zurückführenden, intellectualistischen Psychologie aus, das Wollende. „Das Gefühl freier Activität ist das unmittelbar erlebbare oder rein empirische Bewusstsein der Zugehörigkeit zu mir oder der Subjectivität; das Passivitätsgefühl ist das ursprüngliche oder elementare Objectivitätsbewusstsein." Aus diesem „unmittelbaren Subjectivitätsbewusstsein" entwickelt sich dann durch „weiteres Nachdenken" ein „reales Ich", das, ein an sich unbekanntes Etwas, wir hinfort nicht nur unserem Wollen denkend zu Grunde legen, sondern auch anderen Objecten des Bewusstseins, z. B. den Traumgebilden. „Das reale Ich ist ein an sich Unbekanntes, darum doch nicht Unbeschreibbares. — Es ist für uns bestimmt durch seine Bewusstseinswirkungen. „Ich", das heisst: Ich, der so oder so Beanlagte oder Disponirte. Ich, der zum Empfinden, Vorstellen etc. Befähigte, etc."

Soweit sich nun das „Wirkliche" auf dieses „reale Ich" bezieht, ist es — nicht für unser unmittelbares Bewusstsein oder Gefühl, sondern für unsere Erkenntniss — psychisch. Die Beziehung besteht aber darin, dass dieses Wirkliche in dem realen Ich den Grund seines Daseins hat.

In diesem „realen Ich" haben wir nun gleichzeitig ein „erstes psychisches Unbewusstes" vor uns. Da nun die Psychologie die Lehre von dem „subjectiv Wirklichen" darstellt, da nun weiter das „subjectiv Wirkilche" im „realen Ich" begründet ist, können wir sagen: „Es giebt keinen Begriff des Psychischen und keine mögliche Definition der Psychologie, ohne das unbewusst Psychische."

Dieser bis jetzt gewonnene Begriff des Unbewussten genügt aber für die Psychologie nicht. Es giebt nicht nur das „ruhende psychische Sein“ des „realen Ich“, es giebt auch unbewusste Empfindungen und unbewusste Vorstellungen. Verf. schildert nur die letzteren, da beide Arten unbewusster Bewusstseinselemente ein analoges Verhalten zeigen. Die unbewussten Vorstellungen sind nicht „ruhende Möglichkeiten“, „blosse potentielle Vorstellungen“, sondern ihrem Wesen nach unbekannte „Momente in dem psychischen Erregungsprocess, dessen Endziel die bewussten Vorstellungen darstellen; und sie sind, was ihre Stellung und Bedeutung im Zusammenhang des psychischen Lebens betrifft, den bewussten oder actuellen Vorstellungen gleichwerthig“. Bezüglich Einzelheiten sei der Leser dieser Ztschr. auf den Artikel des Verf. „Zur Psychologie der Suggestion“ (Bd. 6, pag. 94 ff.) verwiesen.

Die Einführung des Begriffes des Unbewussten in dieser Fassung in die Psychologie, so führt der Verf. dann weiter aus, macht das Problem der Aufmerksamkeit zum Problem des Vorstellungsverlaufes überhaupt und ermöglicht eine echte Associationspsychologie, indem man der angeblichen psychomotorischen Kraft der Gefühle entbehren kann.

Nach diesen Ausführungen wendet sich Verf. gegen andere Standpunkte. Zunächst kritisirt Verf. den Versuch einer causal ohne den Begriff des Unbewussten erklärenden reinen Psychologie. Er erklärt hier, dass die Einführung der Begriffe „unbemerkt“ und „dunkelbewusst“ als Ersatz für das „Unbewusste“ an den Thatsachen durchaus nichts ändere. Soweit man thatsächlich den Begriff des „Unbemerkten“ und des „Dunkelbewussten“ als Synonym des Unbewussten anwendet, d. h. alles das, was auf den Causalzusammenhang der Bewusstseinserscheinungen von Einfluss, als solches bezeichnet, stimmt Ref. mit dem Verf. vollständig überein. Aber Verf. geht in seiner Kritik weiter. „Dass es nicht angeht, auf das Halb- oder Dunkelbewusste im Augenblick seines Daseins die Aufmerksamkeit zu richten, und so auf Grund sicherer unmittelbarer Beobachtung seine Halb- oder Dunkelbewusstheit zu constatiren, leuchtet ein.“ Hier kann Ref. dem Verf. nicht beistimmen. Ref. will zwei Beobachtungen anführen.

1. Wenn Ref. bei einer seiner Versuchspersonen im Zustand des partiellen Wachseins aus einer complexen Bewusstseinserscheinung ein Element allmählich unter die Schwelle des Bewusstseins verdrängt, so beobachtet die Versuchsperson folgende Stadien:

a. Das zu verdrängende Bewusstseinselement ist bei nicht auf dieses concentrirter Aufmerksamkeit dunkelbewusst; sobald sie aber ihre ganze Aufmerksamkeit auf das fragliche Element einstellt, ist es klarbewusst.

b. Das zu verdrängende Bewusstseinselement ist bei nicht auf dieses concentrirter Aufmerksamkeit noch dunkler bewusst oder vielleicht schon unbewusst, d. h. die Versuchsperson ist retrospectiv nicht im Stande, sicher zu sagen, ob dieses Element noch im Bewusstsein war oder nicht. Sobald sie nun aber während des Vorhandenseins der complexen Bewusstseinserscheinung ihre ganze Aufmerksamkeit auf das fragliche Element einstellt, kommt es ihr noch zum Bewusstsein, aber nur ganz unklar. Wollte Ref. z. B. zur Isolirung eines Gefühles das betreffende intellectuelle Substrat unter die Schwelle des Bewusstseins drängen, so beobachtet die Versuchsperson in diesem Stadium, dass noch ein intellectuelles Moment vorhanden ist. Aber sie kann die Eigenschaften desselben nicht mehr erkennen.

c. Erst in einem weiteren Stadium wird auch bei darauf concentrirter Aufmerksamkeit nichts mehr von einem intellectuellen Moment „bemerkt".

Im Stadium b. werden also dunkelbewusste Bewusstseinserscheinungen bei darauf eingestellter Aufmerksamkeit und sogar bei der intensiveren Bewusstseinsbeleuchtung des partiellen Wachseins constatirt.

2. Das ganze Denken des Ref. verläuft bei oberflächlicher Selbstbeobachtung in der Form von Empfindungen nicht äusserlich wahrnehmbarer Innervationen meiner Sprachorgane. Wenn ich mich aber scharf beobachte, so bemerke ich, dass ich bei jedem Wort, das ich denke, 3 Stadien unterscheiden kann. Zunächst habe ich eine Vorstellung von diesem Worte, dessen Character ich auch bei schärfster Beobachtung nicht näher erkennen und so nicht beschreiben kann. Ich weiss, dass es sich um eine auditive Vorstellung handeln muss. Aber trotzdem kann ich sie nicht als solche erkennen. Im 2. Stadium habe ich die Empfindung, dass ich dieses Wort (in einer nicht äusserlich wahrnehmbaren Weise) intonire und in einem 3. Stadium habe ich dann eine auditive Vorstellung von diesem Wort. Die letztere ist klar als solche zu erkennen, sie verbindet sich mit einer spannenden Organempfindung im Ohr, unterscheidet sich aber deutlich von einer Gehörs e m p f i n d u n g. Hier habe ich also kurz hintereinander eine dunkelbewusste und eine klarbewusste qualitativ gleiche Vorstellung unter gleich intensiver Aufmerksamkeitsbeleuchtung.

Ref. ist daher der Ansicht, dass man neben dem Klarbewussten und dem Unbewussten auch noch das Dunkelbewusste unterscheiden muss. Er glaubt sogar, dass vieles, was wir für gewöhnlich als unbewusst bezeichnen, dunkelbewusst ist.

Gegen den psychophysiologischen Standpunkt, dem Verf. nicht principiell feindlich gesinnt ist, hat Verf. drei Bedenken:

1. Er glaubt sich als Psychologe berechtigt, nicht über seinen Standpunkt hinausgehen zu brauchen.

2. Der Psychologe kann bei dem Umfang seiner Wissenschaft nicht auch noch Physiologe sein.

3. Die Psychophysiologie unserer Tage ist nur eine „Uebersetzung wirklicher oder vermeintlicher psychologischer Erkenntniss in die Sprache der Gehirnphysiologie".

Wenn Verf. durch den 3. Einwand der „reinen Psychologie" die Führerrolle in den Fragen der Psychophysiologie sichern wollte, so können wir ihm darin ja nur ganz und gar beistimmen. Besonders an einem Orte, wo man die Unvorsichtigkeit begangen hatte, den Herrn F l e c h s i g zu Worte kommen zu lassen, konnte dieser Standpunkt nicht scharf genug betont werden.

So sehr also Ref. hierin dem Verf. beistimmt und immer beigestimmt hat, so können andererseits die Ausführungen des Verf. den Ref. nicht veranlassen, seinen psychophysiologischen Standpunkt zu verlassen, obwohl er seinerseits sein „Nicht-alles-können" gerne bekennt. Ref. will dabei nicht einen anderweitig betonten erkenntnisstheoretischen Einwand gegen den Verf. erheben. Denn Verf. räumt selbst das „Unerkennbare" des „Unbewussten" ein und bekämpft den psychophysischen Standpunkt ja nur für die Gegenwart.

Der Verf. will den Begriff des Psychischen über das „Bewusste" in seiner Beziehung zum Subject hinaus auf alles das ausdehnen, was auf jenes „Bewusste" einen causalen Einfluss hat. Auf diese Weise wird dann die „reine Psychologie" eine causale Wissenschaft.

Verf. schafft so den Begriff des unbewussten „ruhenden psychischen Seins", so den Begriff der „unbewussten Vorstellungen und Empfindungen". Gegen den Begriff der „unbewussten Vorstellungen" (und Empfindungen) hat Ref. an sich nichts einzuwenden. Verf. giebt (siehe oben) eine präcise Definition einer unleugbaren Thatsache. Ref. möchte hier aber einen Punkt zur Sprache bringen, den Verf. nicht berührt und der nach Ansicht des Ref. allein schon die Unzulänglichkeit einer reinen Psychologie darzuthun im Stande ist. Ref. meint die Componenten der „psychischen Energie". Verf. wird dem Ref. wohl darin beistimmen, dass die psychische Energie in einem proportionalen Verhältniss zur Reizenergie, d. h. zur Summe der die peripheren Nervenenden treffenden Erregungen, steht. Wenn nun in einem Moment zahlreiche „unbewusste Vorstellungen" bis zu einem gewissen Grade erregt werden, so wird im selben Moment die Zahl der bewussten Elemente und die Intensität ihrer Bewusstseinsbeleuchtung abnehmen. Hier macht sich also die Bedeutung der „unbewussten Vorstellungen" bemerkbar. Aber diese unbewussten Vorstellungen sind nur eine Stufe, in der Reile von Elementen, die einen solchen Einfluss auf Intensität und Extensität der Bewusstseinsbeleuchtung haben. Ref. will ein Beispiel anführen. Man schlage mit einer gewissen Intensität auf die Kniescheibe. Die so erzeugte Reizenergie J wird zum Theil (K) zur Auslösung des Kniephänomens benutzt, zum Theil (P) dem Grosshirn zur Vermehrung der psychischen Reizenergie zugeführt. J=K+P. Das Verhältniss zwischen K und P hängt von dem Widerstand ab, den J einmal in der Reflexbahn, und dann in der cerebropetalen Bahn findet. Gesetzt nun, wir verminderten den Widerstand in der Reflexbahn, so wird sich K auf Kosten von P vergrössern. Wir sehen so, dass die Intensität und die Extensität der Bewusstseinsbeleuchtung nicht nur von der Zahl und der Intensität der Erregung „unbewusster Vorstellungen" abhängt, sondern von der Erregung solcher Centren, deren Erregung nie in ihrem Endziel eine bewusste Vorstellung darstellt. Auf alle solche Erregungen muss dann aber im Interesse einer Causalität der Vertreter der „reinen Psychologie" den Begriff des Psychischen ausdehnen. Das wäre dann aber eine Nomenclatur, die gewiss vielfach auf Widerspruch stossen wird.

Die psychische Energie ist nun aber nicht nur von der Summe der Reizenergie abhängig. Damit erhebt sich aber zugleich ein neuer, noch viel stärkerer Einwand gegen die „reine Psychologie". Die Summe der psychischen Energie steht nämlich unter sonst gleichen Bedingungen in einem bestimmten Verhältniss zur Menge der Blutzufuhr. Dieses ist aber eine rein physiologische Thatsache, die man jederzeit am Thier experimentell demonstriren kann.

Wir gehen nun einen Schritt weiter. Wir haben im Schlaf eine Herabsetzung der Erregbarkeit der psychischen Elemente. Nehmen wir diese Thatsache als eine rein psychologische, so bleibt sie eine Thatsache, die ihrerseits nicht weiter zurückgeführt werden kann. Gelänge es uns nun aber andererseits den Schlaf auf eine Verminderung der Stoffzufuhr zurückzuführen, so erschiene uns der Schlaf als eine Partialerscheinung jener allgemeineren Thatsache, dass die Summe der psychischen Energie unter anderm auch von der Menge der Stoffzufuhr abhängt. Damit wäre die psychologische Thatsache der Verminderung der psychischen Energie im Schlaf nicht mehr ein isolirtes Phänomen, sondern ein Glied in einer Kette von Thatsachen. So könnte unser Causalitätsbedürfniss in einem weiteren Maasse durch eine physiologische Betrachtung befriedigt werden. Es ist dem Ref. besonders interessant.

dass gerade Wundt, der in jüngster Zeit den Begriff des „Unbemerkten“ bis zum Aeussersten auszudehnen bestrebt war, die „Theorie von Schlaf, Traum und Hypnose“ als „eigentlich physiologische Aufgabe“ bezeichnet.

Ref. will noch ein anderes Beispiel anführen. Ref. hat nachgewiesen, dass die psychische Leistungsfähigkeit bei starkem Ausgeprägtsein des hebenden Gefühls zu- und bei demjenigen des deprimirenden Gefühls abnimmt. Auch diese Thatsachen bleiben für eine rein psychologische Betrachtungsweise einfache Facta. Gelänge es dagegen, einen Parallelismus zwischen dem Auftreten dieser Gefühle und der Menge der Stoffzufuhr im oben erwähnten Sinne nachzuweisen, so hätten wir damit diese psychologisch nicht weiter erklärbaren Thatsachen einem allgemeineren physiologischen Gesichtspunkt untergeordnet.

Mit den erwähnten Momenten sind die Bedingungen, von denen die Menge der psychischen Energie abhängt, noch nicht erschöpft. So glaubt Ref., dass die Uebung nicht nur die Concentration der psychischen Energie beeinflusst, sondern thatsächlich ihre Menge vermehrt. Ref. möchte dann noch auf eine psychologische Thatsache hinweisen. Auf Grund von psychologischer Erfahrung können wir — wie Ref. anderweitig ausführlich betont hat — zwischen Erschöpfung und Ermüdung unterscheiden. Beide stellen verschiedene Formen der Herabsetzung der psychischen Energie dar. Erstere lässt sich, um nur eine Differenz zu erwähnen, nur allmählich, letztere ganz plötzlich beseitigen. Auch hier hat die reine Psychologie einfach diese Thatsache zu constatiren. Gelänge es uns dagegen, die Erschöpfung auf einen augenblicklichen Mangel an dissimilirbarem Stoffe zurückzuführen, dann würde diese physiologische Erkenntniss manches verständlich machen, was der psychologischen Einsicht unverständlich bleibt.

Ref. will hier abbrechen. Er wollte nur durch einige Beispiele belegen, dass die „reine Psychologie“ an causaler Erklärung, d. h. an Gruppirung der Bewusstseinsphänomene unter allgemeine Gesichtspunkte, nicht das leisten kann, was eine Psychophysiologie zu leisten vermag. Auch unter Zuhülfenahme des „Unbewussten“ im Sinne des Verf. wird die reine Psychologie keine causale Wissenschaft im höchsten für menschliche Erkenntniss erreichbaren Sinne.

Ref. hat geglaubt, die Ausführungen Lipps' einer eingehenden Erörterung unterziehen zu müssen. Gerade das Studium jener Fragen, denen die vorliegende Zeitschrift ihren Ursprung verdankt, veranlassen mehr als manche andere psychologische Fragen eine Stellungnahme zu den psychophysischen Grundproblemen. So müssen diese auch gerade in unserer Zeitschrift eine besondere Berücksichtigung finden. Eine gerechte, d. h. dem thatsächlichen Erfahrungsmaterial entsprechende Berücksichtigung der verschiedenen betheiligten Disciplinen ist nothwendig, um eine Basis für gemeinsame Arbeit zwischen Psychologen, Psychopathologen, Physiologen und Anatomen zu ermöglichen. Dass eine solche gemeinsame Basis zum Heile Aller bereits heute geschaffen werden kann, darin denkt Ref. positiver als Lipps und weicht die Tendenz unserer Zeitschrift von den analysirten Anschauungen des Münchener Psychologen ab. Im Uebrigen möge der Verf. in der ausführlichen Kritik nur den Ausdruck jener Hochachtung erblicken, die Ref. dem Autor entgegenbringt, vollständig diesem darin beistimmend, „dass erspriessliches Zusammenarbeiten auf dem Gebiete der Psychologie nicht gefördert wird durch den Streit gegen Namen, oder die Verurtheilung bezw. den Lobpreis von Richtungen und

Standpunkten, wohl aber durch gewissenhafte Prüfung der behaupteten Thatsachen und ihrer wissenschaftlichen Verwerthung". O. Vogt.

Max Dessoir, Geschichte der neueren deutschen Psychologie. Zweite völlig umgearbeitete Auflage. Erster Halbband. 356 S. Berlin. C. Duncker. 1897.

Der vorliegende Halbband der neuen Auflage jenes Werkes, das bereits bei seiner ersten Auflage in dieser Zeitschrift besprochen wurde (Bd. 2 pag. 209), bildet ein in sich abgeschlossenes Ganzes. Neu ist in ihm eine historische Einleitung bis zu Leibniz (pag. 1—32). Es umfasst dann die Geschichte der deutschen Psychologie bis ausschliesslich auf Kant. In der Darstellung dieser ist gegen früher dem culturgeschichtlichen Hintergrund ein breiterer Rahmen gegeben.

O. Vogt.

Max Neuburger, Die historische Entwickelung der experimentellen Gehirn- und Rückenmarksphysiologie vor Flourens. Stuttgart. F. Encke. 1897. 10 M. 356 S.

Die Zeit des heute auf einem empirischen Gebiete arbeitenden Forschens wird so sehr von der Unsumme des gegenwärtigen Thatsachenmaterials absorbiert, dass er nur selten Musse findet, an vergangene Jahrhunderte zu denken, selbst wenn ihm der „historische Sinn" nicht abgeht. Und doch hat das Studium der Geschichte seiner Wissenschaft für jeden Forscher seine Bedeutung. Es kann ihm nicht nur eine Quelle des Genusses sein, die es ihm dadurch wird, dass er die Continuität in der Entwickelung der Wissenschaft erkennt, dass er sieht, „wie jede Idee, jede wissenschaftliche That den Pfad der Unsterblichkeit wandelt". Jenes Studium kann ihm auch direct förderlich sein, indem es „der Gegenwart den Spiegel ihrer Entwürfe und Probleme, ihrer Erwartungen und Enttäuschungen, ihrer Mängel und Fehler vorhält". Es gewährt schliesslich als werthvollste Gabe die Zuversicht, „dass die Wissenschaft in unaufhaltsamem Aufschwung begriffen ist und jede scheinbare Reaction ein positives Element in sich enthält".

Von solchen Gesichtspunkten ausgehend, hat sich der Verf. der dankenswerthen Arbeit unterzogen, auf Grund von Quellenstudien „die Hauptmomente der älteren experimentellen Gehirn- und Rückenmarksphysiologie in einer zusammenfassenden pragmatischen Darstellung zu beleuchten und diese Darstellung bis zu den epochemachenden Leistungen Flourens' und Magendies fortzuführen."

Nach einer historischen Einleitung behandelt Verf. die Zeit von Willis bis Haller, dann das Zeitalter Haller's, um hernach mit der Epoche vom Tode Haller's bis Magendie und Flourens abzuschliessen.

Seit Willis' Kleinhirnexperiment erkennt man der Darstellung des Verf. zufolge als ein niemals mehr „gänzlich unterdrücktes" Bestreben, durch das Studium von experimentellen Reiz- oder Ausfallserscheinungen eine mehr und mehr exacte Localisationslehre zu schaffen und in dieser Form das Problem von der Function des geheimnissvollsten der Organe zu erschliessen." Wir sehen gleichzeitig einen Parallelismus zwischen der Zunnahme dieser Exactheit in der Erkenntniss einerseits und andererseits derjenigen der Ausschaltung überlieferter Speculation, des „geschichtlich Gewordenen", und der Anlehnung an verwandte Wissenschaften und Ausnutzung der durch diese gelieferten Hilfsquellen (Anatomie in allen ihren Zweigen, pathologische Anatomie, klinische Beobachtung).

Jedem, der sich für ein gemeinsames Arbeiten des Hirnanatomen, des Hirnphysiologen, des Neuropathologen und des Psychologen interessirt, möge das vorliegende Buch empfohlen sein. Ein Zeuge aus der Vergangenheit, lehrt es der Gegenwart die gegenseitig befruchtende Wirkung eines Wechselverhältnisses zwischen diesen Disciplinen. O. Vogt.

Dr. Held, Leipzig, Ueber den histologischen Bau der Nervenzelle. I. Versammlung mitteldeutscher Neurologen und Psychiater, Leipzig 1897.[1])

Von den auf dem genannten Congress gehaltenen Vorträgen aus dem Gebiete der Neurohistologie beansprucht das Thema Helds ein entschiedenes Interesse schon deswegen, weil es wirklich Originelles brachte und sich nicht bloss auf die Wiederholung alter bereits überwundener Thesen beschränkte.

Held hat mit seinen Mittheilungen über ganz neue Structurbefunde an den centralen Nervenzellen, welche das Ergebniss jahrelanger, stiller Laboratoriumsarbeit sind, berechtigtes Aufsehen erregt, und es sei vorausgeschickt, wenn sich seine Behauptungen einer gründlichen und exacten Nachprüfung gegenüber zu halten vermögen, woran Ref. keineswegs zweifeln will, da der Vortragende alle Einzelheiten durch ausserordentlich klare und überzeugende mikroscopische Schnittbilder erläuterte, so darf die neue Entdeckung Helds als eine epochemachende That bezeichnet werden, welche mehr als die grösste Zahl der in den letzten Jahren über reale und fingirte Faserverhältnisse des Gehirns veröffentlichten Arbeiten geeignet ist, uns einem Verständniss neuro- und psychophysiologischer Vorgänge näher zu bringen.

In 2 getrennten Theilen behandelt Held zunächst, anknüpfend an die „Nisslstructur“ und an die Fibrillentheorie von Schulze und Flemming, die Structur der Nervenzelle und dann in einem weiteren Theile, unter Berücksichtigung der bisher allgemein anerkannten Contiguitätslehre, seine neue Auffassung über die Verbindung der Neurone untereinander.

Bezüglich der Structur der Nervenzelle unternimmt der Vortragende zunächst den Beweis, dass die sogenannten „Nisslkörper“ nur Kunstproducte und zwar vom Fixirungsmittel abhängige Fällungsproducte von Nucleoalbuminen seien, welche allerdings für den Stoffwechsel der Ganglienzelle eine eminent hohe Bedeutung zu haben scheinen, insofern als sie nach Durchschneidung der Axencylinder verschwinden. Die artificielle Natur dieser Gebilde ersieht man daraus, dass sie in einem neutralen Fixirungsmittel nicht gebildet werden, dass sie unter der Einwirkung von Laugenalkohol aus dem Zellkörper heraus diffundiren und dann bei weiterer Behandlung ebenfalls unsichtbar bleiben und schliesslich daraus, dass eine chemische Verdauungsreaction sie direct als Fällungsproducte von Nucleoalbuminen erkennen lässt.

Zwischen diesen protoplasmatischen Bestandtheilen, die man als Ernährungsmaterial der Ganglienzelle ansprechen darf, hat man die reine Grundmasse des Nervenprotoplasmas, das functionstragende Portoplasma, zu suchen. Am deutlichsten wird dasselbe in den Axencylindern und deren Endverzweigungen, welche keine Nisslkörper besitzen, zu Tage treten. Die Structur der Grundmasse setzt sich in diesen Gebilden zusammen aus einem fibrillär oder spongiös gebauten Grundbe-

[1]) Während der Drucklegung dieses Referates ist eine ausführliche Behandlung dieses Themas von Seiten des Verf. im Arch. f. Anat. u. Phys. erschienen.

standteil, der Filarmasse oder Axospongium, und dem in den wabigen Bau desselben eingebetteten Neurosoma, welches eine fein granulirte Structur zeigt.

Während die Golgi'sche Methode, welche nur einen ganz groben Eiweissniederschlag giebt, für die Untersuchung der structuellen Verhältnisse absolut unzulässig ist, hat Held mit seinem neuen Verfahren jenen aus Axospongium und Neurosoma zusammengesetzten Bau der cellulären Adnexe bis in die feinsten Ramificationen verfolgen können und es ist ihm gelungen an den einzelnen Theilen solche Verschiedenheiten nachzuweisen, dass er eine ganz neue Ansicht über den Zusammenhang der Neurone gewann, welche die bis heute giltige, auf die Contignitätstheorie aufgebaute Neuronenlehre vollständig umstürzen muss.

Held hat mit Hilfe seines Verfahrens gefunden, dass die Endverzweigungen der Axencylinder viel reicher an Neurosoma sind als die Dendriten der Protoplasmafortsätze, was besonders deutlich an den Moosfasern des Kleinhirns und den sog. Kletterfasern nachzuweisen ist; er hat ferner gefunden, dass der Axencylinder an seinem Ursprung durch Anhäufung von Neurosoma gekennzeichnet ist und schliesslich hat er durch seine feinen Farbreactionen nachzuweisen vermocht, dass an jedem Zellleib „endende Axencylinder“ herantreten und hier als Anhäufungen von Axosoma an der Peripherie der Zelle zu erkennen sind.

Während nämlich beim neugeborenen Hunde an der Randpartie der Ganglienzellen, dort, wo die Endverzweigungen eines Axencylinders und der Protoplasmaleib der Zelle zusammentreten, sich eine deutliche Grenzlinie markirt, wie sie überall bei Berührung zweier differenten Substanzen in die Erscheinung tritt, ist beim älteren neuntägigen Individuum diese Grenzlinie verschwunden; Neurospongium und Axospongium gehen unmittelbar ohne Grenze in einander über, von einander differenzirt nur durch den verschiedenen Reichthum an Neurosoma.

Der Schwerpunkt der Held'schen Untersuchungen liegt, nach Ansicht des Referenten, gerade in dem Nachweis dieser im Laufe des embryonalen Wachsthums sich verändernden und später verschwindenden Demarcationslinie. Bereits früher hatten andere Autoren [1]) eine durch Vermittlung der Nervenendbäumchen stattfindende Verwachsung der Neurone unter einander behauptet. Eine über jedem Zweifel erhabene Begründung konnte diese Lehre jedoch erst dann bekommen, wenn man den Vorgang der Verschmelzung, gewissermaassen in statu naccendi, verfolgen konnte. Dies scheint H. geglückt zu sein.

Deiters, der die von Held beobachteten an dem Rande jeder Nervenzelle vorkommenden pyramidenförmigen Gebilde bereits gesehen hat, glaubte sie als

[1]) Rohde (Ganglienzelle, Axencylinder, Punktsubstanz und Neuroglia, — Archiv für mikrosk. Anat., Bd. 45, pag. 387) fand, dass sowohl an Neurogliazellen sich Protoplasmafortsätze ansetzen können, als auch, dass benachbarte Ganglienzellen durch Dendriten mit einander verbunden werden. Vassale e Donaggio hat ebenfalls, ausser einer vielfachen Theilung der Axencylinder, die er auf weite Strecken hin verfolgt hat, gesehen, dass Axencylinder schliesslich nach langem Verlaufe mit den Protoplasmafortsätzen entfernt liegender Ganglienzellen in continuirliche Verbindung, nicht etwa in Contiguität, treten. (Citirt nach Virchow's Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin 1885, pag. 80ff. Es ist hier bereits darauf hingewiesen, dass, wenn dieses Factum der directen Congrescenden sich bestätigen sollte, eine nicht zu unterschätzende Einwirkung auf die in neuester Zeit allgemein anerkannte Contiguitätslehre eintreten müsste.) Zuhammenhänge sind ferner behauptet worden von Wagner, Arnold, Basser, Dogiel, Ruffini, Legge und Masius.

Ursprünge eines secundären Axencylindersystems denken zu müssen, Held dagegen hat in ihnen durch die Entdeckung jener Grenzlinie die letzten Endästchen eines zuführenden Axencylinders, welche mit der Ganglienzelle innig verwachsen sind, erkannt und damit den Nachweis einer directen Congrescenz zweier Neurone geliefert.

Die theoretische Bedeutung der mikroskopischen Untersuchungsergebnisse Held's ist evident; sie ist zunächst eine negative, insofern als jene mit mehr oder weniger Scharfsinn durchgeführten und zu grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit erhobenen Hypothesen [1]) über den functionellen Mechanismus der Neurone, über die neurophysiologische Grundlage functioneller Störungen des Nervensystems, über die materiellen Vorgänge gewisser psychischer Zustände, kurz über die ganze Psychophysik im weitesten Sinne des Wortes, welche alle auf den Voraussetzungen der Contiguitätstheorie basirten, mit dem Nachweis der Richtigkeit der Held'schen Behauptungen hinfällig geworden und in ihrer Haltlosigkeit dauernd widerlegt sind. Sie ist aber auch eine positive, indem an Stelle eines hypostasirten Hilfsmomentes, an Stelle der hypothetischen Annahme einer durch Inductionsleitung wirksamen Contactverbindung zwischen zwei Nervenelemente, eine unzweideutige Realität getreten ist, die positive Kenntniss von dem unmittelbaren durch substantielle Verwachsung zweier Elemente hergestellten continuirlichen Uebergange eines leitenden Neurons in ein anderes, mit anderen Worten, die Kenntniss einer ununterbrochenen Nervenleitung von der Peripherie nach dem Centrum.

In wie weit die Neuro- und Psychopathologie aus der Lehre Held's heute schon directen practischen Nutzen ziehen können, lässt sich zur Stunde nicht ermessen. Prof. Binswanger scheint in dieser Hinsicht einer recht optimistischen Ansicht zuzuneigen; er giebt in der vorstehend besprochenen Abhandlung über die Erschöpfungspsychosen der Erwartung Raum, dass wir, im Gegensatz zu der „Dürftigkeit der pathologisch anatomischen Hirnrindenbefunde bei Anwendung der älteren histologischen Untersuchungsmethoden“ ... „mit den neuen Nissl'schen und Held'schen Methoden zu positiven Ergebnissen gelangen werden“, er spricht sich sogar dahin aus — um damit zum Schlusse zu kommen — „dass bei letal verlaufenden Fällen auf der Basis dieser Arbeiten die feineren structurellen Veränderungen der Ganglienzellen festgestellt werden können“ ... dass bei gewissen functionen Störungen in den Nisslkörpern „sich mikroskopisch sichtbare Veränderungen nachweisen lassen“.

Brodmann-Leipzig.

III. Psychopathologie.

Neue Beiträge zur Psychologie des hysterischen Geisteszustandes von *Ranschburg* und *Hajós*. Deuticke (Wien und Leipzig) 1897. 131 S.

Die Darstellung der genannten Verfasser giebt eine in mehreren Punkten ergänzte Nachprüfung und Bestätigung der bekannten psychologischen Theorie hysterischer Phänomene von Janet. Der erste Theil der Arbeit beschäftigt sich mit der Psychologie der hysterischen Anästhesien. Das zweite theoretisch kritische

---

[1]) Cfr. Zeitschr. f. Hypn., Bd. IV, pag. 322 ff. Referate über Pupin: „la théorie histologique du sommeil“; Lanoitte, „la suggestion et le fonctionement du system nerveuse“ u. A. Ferner in nächster Nummer Referat über: Schleich, Psychophysik etc.

Kapitel bietet Studien über das normale und hysterische Bewusstsein mit Zugrundelegung der bekannten Auffassungen Janet's, Dessoir's, Landmann's etc. — aber ohne Würdigung der von psychologischer Seite (Ziehen, Lipps, Wundt, Morselli, v. Schrenck-Notzing u. A.) gegen dieselben geltend gemachten Bedenken und ohne neue Gesichtspunkte. In dieser einseitigen Betrachtung kommen die Verfasser zu dem Resultat, dass die hysterischen Anästhesien Folgezustände der Einengung des Ichbewusstseins sind, welche sich in Folge absoluter oder relativer Verminderung der associativen Energie einstellt.

Das dritte Kapitel behandelt die hysterischen Amnesien, welche ebenfalls aus der Einengung des Bewusstseins erklärt werden und sich aus amnesiogenen Geisteszuständen herausbilden sollen, die ihrerseits als ätiologisches Moment aufgefasst werden. Die hysterische Verengung des Bewusstseins ist eine Folge der verminderten associativen Energie. Nach derselben Anschauung stellt das „affective Bewusstsein" ein Characteristicum der amnesiogenen Zustände dar; mit dem „affectiven Bewusstsein" wird von den Verfassern das Vorwiegen egoistischer Interessen bei Hysterischen bezeichnet. Ausserdem soll das enge Bewusstsein die Bedingungen zu noch weiterer Verengung in sich bergen (!).

Interessant und werthvoll können in dieser Arbeit nur die nachprüfenden Experimente genannt werden! Denn was an der Theorie Beachtung verdient, hat Janet bereits besser und geistreicher in seinem Werke ausgeführt; somit zeigen die Erklärungsversuche von Ranschburg und Hajas keinen Fortschritt zur Lösung der Frage.

Das Unsichere und Hypothetische in diesem ganzen Aufbau der hysterischen Psychologie ist schon in den Einwänden gegen Janet betont worden. Denn die „Einengung des Bewusstseinsfeldes" ist ein viel missbrauchter und oft ganz missverstandener Nothbehelf, ein bildlicher Ausdruck, ein Vergleich mit dem Gesichtsfeld, — aber keine Erklärung! Solche blossen Umschreibungen kann man sich gefallen lassen, um psychische Vorgänge anschaulich zu machen; mit derartigen bildlichen Redewendungen aber den Inhalt eines ganzen Buches zu begründen, dieselben noch weiter zu umschreiben und als Erklärung bezeichnen zu wollen, das darf jedenfalls vom psychologischen Standpunkt als ganz unzulässig angesehen werden. Ausserdem erklärt, wie Ziehen mit Recht bemerkt, die Janet'sche Zerstreutheitstheorie nicht die hysterische Labilität der Stimmung und ebensowenig die visceralen Störungen dieser Neurose. Dagegen dürften die Störungen der associativen Functionen vorläufig wohl die einzig annehmbare Erklärung bieten, sowohl für das sogenannte Doppelbewusstsein, wie für den gesammten hysterischen Symptomencomplex, soweit derselbe cerebral bedingt ist (Beeinflussbarkeit durch Vorstellungen). Dieser Standpunkt wurde auch vom Referenten in seiner Studie über Spaltung der Persönlichkeit (Wien 1896 bei Hölder) festgehalten. von Schrenck-Notzing.

R. von Krafft-Ebing, Arbeiten aus dem Gesammtgebiete der Psychiatrie und Neuropathologie. Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1897.

Der Verf. beginnt mit dem vorliegenden Werke eine Sammlung seiner verstreut in verschiedenen Zeitschriften erschienenen Abhandlungen. Der erste Abschnitt des Buches behandelt in vier Aufsätzen das transitorische Irresein auf neurasthenischer Grundlage. Nach der Ansicht des Verfs. ist das

transitorische Irresein „eine episodische Krankheitserscheinung im Rahmen und auf Grund einer vor- und nachher bestehenden Neurose oder Hirnerkrankung", hat also nur symptomatische Bedeutung. Der Hinweis darauf ist deshalb so wichtig, weil der Arzt sich nicht damit begnügen darf, seine Diagnose auf transitorisches Irresein gestellt zu haben, sondern der Grundlage dieser Krankheitserscheinung nachgehen soll, was ihn dann oft genug auf eine Neurose oder Hirnerkrankung hinführen wird. Ein solches Resultat kann dann für seine Prognosestellung und therapeutischen Maassnahmen von grosser Bedeutung sein. Zur Illustrirung enthält der erste Aufsatz fünf Krankengeschichten, die besonders in ihrer differencialdiagnostischen Stellung zum epileptischen Irresein beleuchtet werden. Dem sind im folgenden Aufsatz vier weitere Fälle zugefügt mit einigen Vorbemerkungen über die occasionellen und veranlagenden Bedingungen für das Entstehen kurzer peracuter Geistesstörungen überhaupt.

Mit der Nomenclatur im dritten Aufsatz wird sich nicht jeder einverstanden erklären, wenigstens kann es nach Ansicht des Ref. nicht gerade zur Klärung der in der Psychiatrie schon genügend verwirrten Bezeichnungen und Begriffe beitragen, wenn so oft von „Traumzuständen" gesprochen wird, die gar keine sind. Verf. giebt seiner Verwunderung darüber Ausdruck, dass die so „häufig vorkommende transitorische Psychose der Neurastheniker in der Literatur bisher so wenig Beachtung" gefunden hat. Es wird wohl einerseits daher kommen, dass, wie Verf. vermuthet, der vorhergegangenen Neurasthenie nicht die genügende Beachtung geschenkt wurde, aber auf der anderen Seite ist auch nicht jeder damit einverstanden, den Begriff der Neurasthenie soweit auszudehnen, wie es der Verf. thut. Wenn ein vorher ganz gesunder Mensch durch acht Tage grossen Strapazen und Gemüthserregungen ausgesetzt war und nach diesen acht Tagen zusammenbricht und eine transitorische Psychose (eine Verrücktheit oder einen stuporösen Zustand) durchmacht, so ist es wohl doch zu weit gegangen, hier von einer Neurasthenie als Grundlage zu sprechen und den Zustand als neurasthenisches transitorisches Irresein zu bezeichnen. Andere Autoren würden das eine Amentia resp. einen acuten Erschöpfungsstupor genannt haben. In der Mehrzahl der angeführten Fälle wird man jedoch dem Verf. die Berechtigung, von transitorischem Irresein bei Neurasthenie zu sprechen, einräumen und die Eigenartigkeit des Typus anerkennen müssen. Nochmals wird hier eingehend die Differenzialdiagnose gegenüber der Epilepsie erörtert und an Beispielen erläutert, ebenso die Combination von Neurasthenie und Epilepsie.

Der vierte Aufsatz bringt noch zwei Beispiele, welche der strafrechtlichen Bedeutung solcher Fälle gerecht werden, mit den darüber abgegebenen ärztlichen Gutachten.

In einem zweiten Abschnitte des Buches schildert Verf. die Beziehungen, die zwischen Neuralgie und transitorischer Psychose bestehen. Es sind zwei Möglichkeiten denkbar, entweder die Psychose wird auf einem psychischen Wege durch den Schmerz, also Affect, hervorgerufen oder „organisch durch Neuralgie", „durch die dynamische Wirkung heftiger centripetaler Reizungen der Hirnrinde". Am häufigsten ist der Zusammenhang zwischen Neuralgie und transitorischem Irresein der, dass bei hysterischer oder epileptischer Anlage die Neuralgie nur die Stelle der Aura für das hysterische oder epileptische Irresein bildet, das auf reflectorischem Wege ausgelöst wird.

Im dritten Abschnitte werden die Beziehungen der Hemicranie zur Epilepsie und Hysterie besprochen. Zunächst erfolgt eine Trennung in einfache Migräne und in ophthalmische Migräne (Hemicrania ophthalmica). Ausserhalb des Betrachtungskreises liegt die erstere. Die Behauptung Féré's, dass die Hemicrania ophthalmica überhaupt zur Epilepsie zu rechnen sei, bedarf nach Verf. einer Einschränkung, insofern unsere heutigen Erfahrungen zur Entscheidung dieser Frage noch nicht ausreichen, andererseits aber einer Erweiterung, insofern als man mit gleichem Recht wie die ophthalmische Migräne, die mit sensiblem Jaksonanfall einhergehende Migräne in Beziehung zur Epilepsie setzen kann. Zur Unterstützung dieser Ansicht werden Fälle angeführt, in denen echt epileptische Insulte oder Anfälle von sensibler Jakson'scher Epilepsie während der Zeit und im Rahmen des ophthalmischen Migräneanfalls auftraten und weitere Fälle, in denen die hemicranischen und epileptischen Erscheinungen zwar zeitlich von einander getrennt, aber „klinisch verbunden" auftraten. Das Resultat seiner Betrachtungen, das Verf. am Schluss in zehn Thesen aufstellt, gipfelt in dem Satze: „Einer epileptischen Bedeutung verdächtig ist immer ophthalmische Migräne; fast sicher als epileptische Migräne anzusprechen ist die mit sensiblem Jakson verbundene."

Viel schwächer fundirt ist nach der Ansicht des Verfs. die Behauptung derer, welche ausser einer Coincidenz von Hemicranie und Hysterie und ausser dem zeitlichen Zusammentreffen der hemicranischen und hysterischen Insulte einen klinischen Zusammenhang der beiden Neurosen annehmen. Auch in seinem Erfahrungskreise findet er keine Beispiele, aus denen sich der Migräneanfall als Syndrom der Hysterie deuten liesse.

Der vierte Abschnitt behandelt die transitorischen Geistesstörungen bei Hemicranie. Verf. betont die Seltenheit des Vorkommens und die Schwierigkeit der Differenzialdiagnose, besonders gegenüber der Epilepsie, die man meist nur per exclusionem stellen kann. Verf. geht die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen von transitorischer Geistesstörung bei Hemicranie durch und sucht die Fälle auszusondern, in denen eine besondere hemicranische transitorische Psychose anzunehmen ist. Das Resultat dieser Literaturübersicht ist sehr unbefriedigend. Auch die hierhergehörigen Fälle aus Verfs. eigener Erfahrung, sieben an der Zahl, geben darüber keine Gewissheit.

Den Schluss des, schon wegen der Seltenheit der darin besprochenen Themen, sehr lesenswerthen Buches bildet ein interessanter Fall von Intermittens larvata.

Tecklenburg-Lindenhof-Coswig.

Dr. Boettiger, Ueber Neurasthenie und Hysterie und die Beziehungen beider Erkrankungen zu einander.

Nach einem Bericht der Berl. klin. Wochenschr. vom 7. VI. 97 hielt Dr. B. im ärztlichen Verein in Hamburg (vom 27. IV. 97) einen Vortrag über obiges Thema. Unter gleichzeitigem Hinweis auf die Kritik im vorstehenden Aufsatze Loewenfeld's sollen die wesentlichsten Punkte hier kurz erwähnt werden.

Neurasthenie und Hysterie sind nach Ansicht B.'s zwei grundverschiedene Erkrankungen.

Die Neurasthenie ist klinisch durch Ermüdungserscheinungen und den Mangel objectiver Krankheitszeichen characterisirt.

Die Hysterie ist eine Psychose, ausgezeichnet durch Intelligenzdefect besonders

auf neurotischem Gebiete. Vorwiegend ist Perversität des Handelns und der Selbstbeschädigungstrieb. Auf Selbstbeschädigungstrieb führt B. auch alle durch Autosuggestion entstandenen Mono- und Hemiplegien auf motorischem und sensibeln Gebiete, ferner die motorischen Reizerscheinungen zurück.

Sehr überraschend ist die Mittheilung B.'s, dass er während seiner langjährigen Praxis in Hamburg bei Hysterie nie Hemianästhesie constatiren konnte. Er ist deshalb zu der Ueberzeugung gekommen, dass die Hemianästhesie sowohl wie die concentrische Gesichtsfeldeinengung der Hysterischen stets autosuggerirt oder durch den Arzt ansuggerirt ist.

In der Discussion stellte sich im Princip der Vorsitzende des Vereins, Dr. Rumpf, auf den gleichen Standpunkt; er muss nach seinen Erfahrungen auch die meisten hysterischen Stigmata der Salpêtrière für Suggestionsproducte erklären. Ganz besonders beachtenswerth sind die Mittheilungen R.'s über Versuche, welche er zur Prüfung der hypnosigenen Wirkung von Magneten unter den peinlichsten Cautelen angestellt hat. Er konnte, im Gegensatz zu Benedict, durch Magnete niemals hypnotischen Schlaf erzeugen, wenn die Personen die beabsichtigte Wirkung vorher nicht kannten.

Prof. Binswanger, Ueber die Pathogenese und klinische Stellung der Erschöpfungspsychosen. — Vortrag, gehalten auf der am 24. u. 25. April 1897 in Leipzig tagenden I. Versammlung mitteldeutscher Neurologen und Psychiater.[1])

Der Vortragende führt zunächst aus, dass man, bei voller Würdigung des von Kraepelin zuerst in der neuesten Auflage seines Lehrbuches der Psychiatrie unternommenen Versuches, von der gänzlich unwissenschaftlichen symptomatischen zu einer klinisch-ätiologischen Classificirung der Psychosen fortzuschreiten, nach dem heutigen Stand des Wissens, sich nicht auf ein Princip versteifen dürfe. Er betont gegenüber Kraepelin die Unmöglichkeit, alle Formen geistiger Abnormität in ein einziges System einzuordnen, ohne den Thatsachen Zwang anzuthun und hält die Unterordnung unter ein ätiologisches Princip nur dort für berechtigt, „wo ganz bestimmte gesetzmässige Beziehungen zwischen den ursächlichen Schädlichkeiten und den geistigen Erkrankungen nachweisbar oder bekannt sind."

Diesen Voraussetzungen hat Kraepelin, nach Ansicht des Vortragenden, nicht in allen Fällen zu genügen vermocht und deshalb ist seine klinische Eintheilung der Psychosen auch nicht als durchwegs gelungen zu bezeichnen. Jene Bedingungen sind z. B. erfüllt bei den Intoxicationspsychosen, bei den periodischen Psychosen, den geistigen Schwächezuständen und bei dem katatonischen Irresein; sie sind jedoch ganz besonders evident bei den sog. Erschöpfungsneurosen und bei den Erschöpfungspsychosen, deren Pathogenese immer auf körperliche oder geistige Ueberanstrengungen, auf körperliche Erkrankungen und sociale Schädlichkeiten hinweist.

Der pathophysiologische Process der Erschöpfungsneurose ist, nach B., am

[1]) Das Thema ist unterdessen in breiterer Ausarbeitung in der Berl. klin. Wochenschr., Nr. 23 u. 24 cr. erschienen. Es ist hier Bezug genommen auf gehirnhistologische Mittheilungen Held's, die auf dem Congress erst nachträglich gemacht worden waren; ferner sind die pathogenetischen Fragen und der Begriff der Erschöpfung eingehender erörtert. Da sich das Referat näher an den Vortrag anlehnt, sei zur genaueren Orientirung auf jene Stellen verwiesen.

besten gekennzeichnet durch einen pathologisch erhöhten Kraftverbrauch, der eine Dauerermüdung im Gefolge hat. Während bei einer sich noch in physiologischen Grenzen bewegenden Uebermüdung stets eine völlige restitutio ad integrum des Kraftvorrathes eintritt, wird bei der aus pathologischen Verhältnissen sich entwickelnden Dauerermüdung ein völliger Ersatz des übermässig verbrauchten Arbeitsvorrathes nur schwer, nach langen Erholungspausen oder oft gar nicht mehr erreicht. Es besteht also eine dauernd verminderte Leistungsfähigkeit, die bei weiterer Anspannung der Kräfte, auf dem Boden eines bereits herabgesetzten Kräftemaasses, zur Erschöpfung führt, dem tiefsten Grade der Dauerermüdung, in welchem die functionellen Mechanismen völlig versagen.

In Uebereinstimmung mit Wundt's Molecularmechanik unterscheidet B. zwei functionelle Stadien dieses Zustandes:

1. Die Phase der Uebererregung, ausgezeichnet durch eine überstarke Erregbarkeit auf normale Reize oder durch eine Reaction auf unternormale Reize, durch eine Verstärkung aller bahnender und hemmender Einwirkungen auf das Nervensystem, die ihre Ursache in einer Steigerung der Oxydationsprocesse oder, was dasselbe heisst, in einer Behinderung der Bildung synthetischer Processe hat.

2. Die Phase der ausgeprägten Erschöpfung mit verminderter Anspruchsfähigkeit des Nervensystems und dadurch bedingter Functionsherabsetzung oder mit Functionsausfall.

Als typisches klinisches Paradigma einer Erschöpfungsneurose ist die Neurasthenie zu betrachten; sie bietet, als ein Zustand reizbarer Schwäche, ein buntes Bild pathologischer Steigerungen und Herabminderungen gewisser Arbeitsäusserungen.

Die Neurasthenie geht ohne Grenze in die Erschöpfungspsychosen über; sie ist gewissermassen eine „unfertige Form psychischer Erkrankung“ und so sind auch die pathophysiologischen Grundbegriffe der Erschöpfungspsychosen ganz dieselben, wie für die Erschöpfungsneurosen; die Unterschiede sind nicht qualitative, sondern nur graduelle. Das Gleiche gilt für die einzelnen Formen der Erschöpfungspsychosen. Ebensowenig als es möglich ist, zwischen den von Kräpelin geschilderten Krankheitsbildern überall eine scharfe Grenze zu errichten, ebensowenig lassen sich die einzelnen Formen der Erschöpfungspsychosen streng von einander trennen. B. meint, alle die Zustandsformen einer Erschöpfung können nicht in klinisch wohl characterisirte Krankheitsbilder geschieden werden, sondern man müsse immer auf Uebergänge und Abweichungen vom Schema gefasst sein. Die klinische Gestaltung einer Erschöpfungspsychose hängt von den verschiedensten Umständen ab: von der Intensität und Dauer der Schädlichkeiten, von der Entwickelung der Dauerermüdung, von der Form der neuropathischen Prädisposition etc. Aus prognostischen Gründen räth B. jedoch, an der einmal durchgeführten klinischen Scheidung festzuhalten: er stellt 3 Typen auf: 1) den Erschöpfungsstupor oder die acute heilbare Demenz; 2) die Amentia und 3) das Delirium acutum exhaustivum.

1. Gewissermassen als Grenzfall zwischen den Erschöpfungsneurosen und den Erschöpfungspsychosen ist nach B. der Erschöpfungsstupor zu betrachten. Der Uebergang aus einem neurasthenischen Vorstadium zur vollentwickelten Psychose ist hier oft unverkennbar, die ursächlichen Schädlichkeiten sind eclatante, das Krankheitsbild der Dauerermüdung ist ein ungemein prägnantes.

Betrachtet man zunächst die ätiologischen Verhältnisse, so findet man alle

Momente vereinigt, welche die Entstehung einer Ueber- resp. Dauerermüdung begünstigen. Es sind meistens jugendliche Individuen in den stärksten Wachstumsjahren, die in drückender socialer Abhängigkeit stehen und an chronischer Verkürzung des Nachtschlafes, an mangelhafter Ernährung und dauernder körperlicher Ueberanstrengung leiden; B. pflegt deshalb diese Erkrankung seinen Zuhörern auch als Lehrlings- und Dienstmädchenpsychose zu demonstriren.

Klinisch kommen die allerverschiedensten Grade zur Beobachtung: von den leichtesten corticalen Störungen bis zu den schwersten psychischen und motorischen Hemmungen und Lähmungen, die unter dem Bilde der acuten heilbaren Demenz bekannt sind. Im allgemeinen kann man 3 Stadien festhalten: 1) Das Stadium der vorwiegenden Ermüdungserscheinungen mit allmählichem Nachlassen der körperlichen und geistigen Frische. 2) Die Phase der Uebererregung: Allgemeine Muskelunruhe, Tremor, Agrypnie, nervöses Herzklopfen, Hyperästhesien. 3) Das apathische Erschöpfungsstadium, gekennzeichnet durch ausgeprägte Hemmungserscheinungen mit hochgradiger Verlangsamung aller intellectuellen Functionen, die zur völligen psychischen Erstarrung (Stupor) führen kann.

Dieser Zustand wird aus kleinen Ursachen öfters auf Stunden und Tage unterbrochen durch einen acuten Ausbruch einer Uebererregung mit Verwirrtheit, Hallucinationen, Wahnvorstellungen und starken Affecten.

Prognostisch hat man zu entscheiden zwischen leichteren Fällen, die nach 4—5-wöchentlicher Dauer fast ausnahmslos mit Heilung endigen, und den schweren Fällen, die in etwa 50 Procent eine gute Prognose geben, während die andere Hälfte in Heilung mit partiellen Defecten oder in völlige geistige Verblödung übergeht.

2. Die Erschöpfungsamentia, deren klinische Abgrenzung, nach Ansicht B.'s, durch Meynert etwas zu weit gefasst war, ist die zweite Form einer Erschöpfungspsychose.

Als ätiologische Factoren lassen sich wieder jene die Erschöpfung begünstigende Bedingungen nachweisen, wie Entwickelungsalter, Puerperium, acute Emotionen etc., zu denen sich cumulirend wirkende Schädlichkeiten verschiedenster Art gesellen können, um auf einer gewissen Höhe der Dauerermüdung einen acuten Ausbruch zu Stande zu bringen.

Der Verlauf ist zunächst ein ebenso stürmischer wie der Beginn; das Krankheitsbild ist ausgezeichnet durch Dissociirtheit der Vorstellungen, Desorientirtheit und abnorme Beschleunigung des Vorstellungsablaufes, verbunden mit Hallucinationen und motorischer Unruhe. Dieser acuten Erregung folgt, nach Analogie des Erschöpfungsstupors, eine ihrer Intensität nach von dem Grade der vorausgegangenen Erregungsphase abhängige reactive Erschöpfung, die in ihrer höchsten Entwickelung zu völliger geistiger Verarmung und psychischer Reactionslosigkeit führt.

Die Prognose ist, wie beim Erschöpfungsstupor, abhängig a) von dem vor Ausbruch der Erkrankung vorhandenen individuellen Kräftemass, b) von dem Maass der Kraftschädigung, c) von der Intensität der Erregungsphase, d) von der Möglichkeit einer rationellen Behandlung. Man kann demnach Ausgang in völlige Heilung, in Heilung mit relativem Defect, wie sie besonders bei constitutioneller psychischer Debilität vorkommt, und in secundäre Demenz beobachten; letztere kann wieder unter den 2 Formen des agitirten oder des apathischen Blödsinnes

verlaufen. Seltener ist der Ausgang in secundäre Paranoia, bei welcher Wahnvorstellungen vorherrschend sind.

3. Das Delirium acutum exhaustivum, dessen Vorkommen von Kräpelin und anderen Autoren in Abrede gestellt wird, ist nach B.'s Erfahrungen ebenfalls als eine Erscheinungs- resp. Zustandsform der Erschöpfung aufzufassen. B. hat Fälle, die zur Section gelangten mikroskopisch untersucht und nie eine Verwechselung oder Complication mit acuter Paralyse, wie sie besonders von Kräpelin behauptet wurde, constatiren können. Er ist sogar der Ansicht, dass manche Formen des sog. „Nervenfiebers" zu dem acuten Delirium zu rechnen sind.

Das Delirium acutum ist eine besonders in Grossstädten vorkommende peracut verlaufende cerebrale Erkrankung mit 3 klinischen Hauptmerkmalen: a) Im Vordergrunde der Erscheinungen stehend die auf völlige Desorganisation der Centralorgane hinweisende tiefe Benommenheit und Verwirrtheit, b) excessive motorische Reizerscheinungen von chroeatischem Character (Chorea magna) und c) ein beträchtlicher Fieberzustand.

Entsprechend der Schwere der Krankheitserscheinungen und der dadurch bedingten Ernährungsstörungen nimmt das Delirium fast immer einen tödtlichen Verlauf.

Als Typus einer ohne alle neurasthenischen Prodromalsymptome entstehenden Erschöpfungspsychose ist das Puerperaldelirium zu betrachten.

Zum Schlusse resumirt der Vortragende seine Ansichten dahin zusammen, dass man sehr wohl verschiedene Formen der Erschöpfungspsychosen auseinander halten müsse, dass aber diese einzelnen Formen sich ebensowenig in wohl characterisirte scharf abgegrenzte Krankheitsbilder trennen lassen, als es möglich ist, sie streng von der Erschöpfungsneurose zu trennen.

Die Erschöpfungspsychosen weisen ausserdem sehr nahe pathogenetische und klinische Verwandtschaftsbeziehungen zu anderen ätiologischen Gruppen geistiger Störungen auf. So ist es im Einzelfalle oft geradezu unmöglich, die Erschöpfungspsychosen von den ämitoxischen Psychosen zu unterscheiden; es gehören hierher sowohl die Infectionspsychosen als die urämischen, diabetischen und Autointoxicationspsychosen bei Darmaffectionen. Es handelt sich hier wie dort um Vergiftungen der Nervenelemente und dadurch bedingte analoge Krankheitserscheinungen. Gerade das acute tödtlich verlaufende Erschöpfungsdelirium ist zugleich ein klassisches Beispiel einer Autointoxicationspsychose.

Man darf den weiteren Veröffentlichungen, welche Prof. Binswanger über dieses Gebiet, zunächst über die Intoxicationspsychosen, in Aussicht gestellt hat, mit grösster Spannung entgegensehen.

Der Vortrag überraschte inhaltlich sowohl durch die Reichhaltigkeit der klinischen Beobachtungen, wie die Originalität der Auffassung; formell erreichte er jene Vollendung an Klarheit und Präcision des Ausdruckes, an Schönheit der Sprache und an wohlgeordneter Gliederung des Ganzen, die man bei Prof. B. neuerdings in dem grossen Werke über Neurasthenie zu bewundern hinreichend Gelegenheit hat.

Brodmann-Leipzig.

Neuropathologie und Gynäkologie. Eine kritische Zusammenstellung ihrer physiologischen und pathologischen Beziehungen. Von *Dr. med. Franz Windscheid.* — Karger, Berlin 1897, 130 Seiten.

Verf. behandelt ein Thema, welches, abgesehen von grossen Sammelwerken, auch in den speciellen Lehrbüchern durchgehends nur ganz oberflächlich, keineswegs in einer dem eminent hohen practischen Interesse dieser Frage entsprechenden Weise Darstellung gefunden hat. Auch die neueren monographischen Arbeiten von Müller und Eisenhart, welche die Beziehungen zwischen internen Erkrankungen und der weiblichen Sexualsphäre zum Gegenstande der Untersuchungen machen, konnten speciell die Neuropathologie, die nur den geringsten Theil von dem Inhalt ihrer Darstellungen ausmacht, nicht mit der für die practischen Bedürfnisse wünschenswerthen Ausführlichkeit berücksichtigen.

Der Versuch Dr. W.'s, nach dieser Richtung eine Lücke auszufüllen, ist als ein vollkommen gelungener zu bezeichnen. Seine Arbeit wird vermöge der klaren und übersichtlichen Darstellung in erster Reihe den Dank des practischen Arztes verdienen; aber sie bildet durch die erschöpfende Gründlichkeit, mit der Verf. auf alle einschlägigen Fragen eingeht und durch die ausserordentliche Reichhaltigkeit der Litteraturzusammenstellung auch für denjenigen, „welcher gesonnen ist, durch eigene Arbeit tiefer in das Gebiet einzudringen", ein sehr empfehlenswerthes Nachschlagewerk, das sich zum Specialstudium sowohl für den Neurologen wie für den Gynäkologen eignet.

Da Verf. sowohl die physiologischen wie pathologischen Wechselbeziehungen zwischen Nervensystem und weiblichem Sexualorgan erörtert, so gliedert sich seine Abhandlung zunächst in zwei Kapitel:

1. Die Beziehungen der physiologischen Functionen der weiblichen Genitalien zu Krankheiten des Nervensystems.

2. Die Beziehungen zwischen der Pathologie der weiblichen Genitalien und den Erkrankungen des Nervensystems. Daran schliesst Verf. ein weiteres Kapitel über:

3. Die Beziehungen zwischen der Therapie der Erkrankungen der weiblichen Genitalien und den Erkrankungen des Nervensystems.

Eine kurz gefasste Einleitung über die nervenanatomischen Verhältnisse der weiblichen Geschlechtsorgane dient zur leichten Orientirung für denjenigen, dem Detailkenntnisse abgehen.

Im Einzelnen bietet das Buch so viel des Interessanten, dass es unmöglich ist, im Rahmen eines Referates auch nur annähernd den Inhalt wiederzugeben. Nur ganz wenige Punkte seien herausgegriffen.

Zunächst sei hervorgehoben, dass Verf. den Begriff der Neuropathologie in weitestem Sinne fasst und dass er somit neben den rein nervösen Störungen, welche in irgend einem Zusammenhange mit dem Sexualleben der Frau stehen, auch alle psychischen Alterationen mit der gleichen Ausführlichkeit in den Kreis seiner Erörterungen einzieht, angefangen von den leichtesten gemüthlichen Schwankungen, wie sie im Verlaufe der normalen und krankhaften Menstruation, des Climacteriums, der Schwangerschaft, des Puerperiums, bei den verschiedensten gynäkologischen Erkrankungen auftreten, bis zu den schwersten eventuell letal verlaufenden Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen.

Recht packend geschrieben ist gleich der erste Theil, welcher über die Menstruation und deren wechselseitige Beziehungen zum Nervensystem handelt. Die Menstruation ist nach Windscheid ein nervöser Vorgang, der im höchsten Maasse von der psychischen Verfassung der Frau abhängt, seinerseits aber auch Rück-

wirkungen auf die Psyche ausübt. Ihre Abhängigkeit von nervösen Functionen wird zur Evidenz bewiesen aus der „bedeutenden Beeinflussung" durch Suggestion und Hypnose.

Vom Standpunkte des Psychotherapeuten aus wird das III., nur einige Seiten umfassende Kapitel das volleste Interesse in Anspruch nehmen. Verf. kommt hier auf die Frage zu sprechen, inwieweit bei allgemeinen Neurosen eine gynäkologische Therapie wirksam und zulässig sei. Er ist der Ansicht, dass der grösste Theil des Erfolges auf Suggestion beruht und dass man die „Suggestionswirkung völlig in keinem Falle ausschliessen darf". Andererseits warnt er vor jener gynäkologischen Polypragmasie, welche Alles aus einem Punkte behandeln will und neben unstreitigen Erfolgen ebensoviele Misserfolge hat, die nicht nur Verschlimmerung alter nervöser Störungen nach sich ziehen, sondern sogar ein neues allgemeines Nervenleiden auslösen kann (Binswanger berichtet die schwersten neurasthenischen und hysterischen Krankheitszustände und selbst ausgeprägte Psychosen als Folgen langdauernder gynäkologischer Localbehandlung bei Neuropathen. — Der Ref.). — Wenn Verf. trotzdem eine operative Behandlung mit Beschränkung zulassen will, so beruht dies nach Ans. des Ref. nur auf einer immerhin bestehenden Abneigung gegen eine ausgedehnte und systematische hypnotische Therapie. — Die Zusammenstellung, die Verf. am Schlusse über die Castrationsresultate bei Neurosen bringt, ist eine willkommene Beigabe. Der Leser kann sich daraus am besten ein eigenes Urtheil bilden.

Im Allgemeinen begegnet man überall in dem Buche, bis in die kleinsten Theile, einem intensiven Eindringen und Verarbeiten des Stoffes, einem tiefen Verständniss für den belebten und beseelten Zusammenhang des menschlichen Organismus. Daneben ist stets eine unverkennbare Tendenz durchscheinend. Verf. arbeitet mit Schonung, aber zielbewusster Energie der leider nicht seltenen Einseitigkeit und den Auswüchsen des Specialistenthums entgegen. Fragen, deren Beurtheilung bisher ein ausschliessliches Recht der Frauenärzte zu sein schien, werden dem kritischen Blicke des Nervenarztes unterworfen und erfahren so eine ganz anders geartete Beleuchtung. Mit Geschick weiss sich Verf., trotz dieser Oppositionsstellung, von Extremen fernzuhalten. Er reisst nicht Schranken nieder, um neue aufzubauen, er will vereinigen, nicht trennen, und sein letztes Ziel ist, im Interesse des Kranken wie des Arztes, ein Verständniss und ein innigeres Zusammenarbeiten zwischen Gynäkologen und Neurologen. Dass hierbei neurologische Gesichtspunkte schärfer in den Vordergrund treten, hat seinen Grund einestheils in der specialistischen Ausbildung und Thätigkeit des Verf., anderntheils aber seinen sehr berechtigten Grund in dem langjährigen einseitigen Vorherrschen entgegengesetzter Strömungen. Das Verdienst des Verf. bleibt deshalb ungeschmälert.

Brodmann-Leipzig.

Ueber puerperale Psychosen. Für practische Aerzte von *Dr. Oswald Knauer*. Mit einem Vorwort von *Prof. Dr. A. Martin*. Karger-Berlin 1897. 54 Seiten; 1,80 Mk.

Die Arbeit behandelt ein kleines Specialgebiet aus dem von Windscheid ausführlicher dargestellten allgemeineren Thema, über das vorstehend referirt ist.

Im Gegensatz zu der bisher üblichen, auf rein äussere Merkmale gegründeten Gruppirung der Puerperalpsychosen in Graviditätspsychosen, Puerperalpsychosen s. str. und Lactationspsychosen nimmt Verf., unter Anlehnung an den Vorschlag

von Ohlshausen, eine Neueintheilung der Puerperalpsychosen nach ätiologischen Gesichtspunkten vor; er unterscheidet demnach:

1. Psychosen, welche von einer fieberhaften Puerperalerkrankung direct abhängig sind: Infectionspsychosen.

2. Idiopathische Psychosen (ohne körperliche, fieberhafte Erkrankung).

3. Intoxicationspsychosen nach Eklampsie oder ausnahmsweise bei Urämie ohne Eklampsie.

Es wäre zu wünschen gewesen, dass Verf. etwas näher auf die begriffliche Definition dieser Krankheitsgruppen eingegangen wäre; besonders unangenehm vermissen wir jede eingehende Erörterung über die „idiopathischen Psychosen“. Dieses Kapitel, das den grössten Theil der Schrift ausmacht, besteht mit Ausnahme weniger tabellarischer Zeilen nur aus aneinandergereihten Krankengeschichten. Es ist dies ein Mangel, der um so lebhafter gefühlt werden wird, als sich Verf. mit seiner Studie direct an die practischen Aerzte wendet.

Der Hauptwerth besteht also hauptsächlich in den mitgetheilten 82 Krankengeschichten, die, nach den Worten von Prof. Martin, als prägnante Typen für die aufgestellten Thesen gelten können. Sie beanspruchen auch deshalb ein besonderes Interesse, weil die Beobachtungen an einem besser situirten Krankenmaterial (Kahlbaum'sche Heilanstalt in Görlitz) gemacht wurden und deshalb zu lohnenden Vergleichen mit den Erfahrungen an öffentlichen Anstalten, in denen durchschnittlich social ungünstiger Gestellte zur Behandlung gelangen, Anhaltspunkte bieten.

Wenn demnach die Studie sich weniger für practische Aerzte zu eignen scheint, so darf man sie doch als „eine Fundgrube fruchtbringender Anregungen“ der Beachtung der Gynäkologen und Psychiater empfehlen.

Brodmann-Leipzig.

L. de Perry, Les somnambules extralucides. Leur influence au point de vue du développement des maladies nerveuses et mentales. Paris. Ballière et fils. 1897. 226 S.

Das Buch handelt von Personen, die eingeschläfert, den Schlaf simulirend oder im Wachsein die Fähigkeit des Hellsehens für sich beanspruchen und als Wahrsager oder Heilkünstler sich produciren.

Nach einer historischen Einleitung schildert Verf. das gegenwärtige Treiben solcher Individuen mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse Bordeaux'. Er bespricht dann die Gefahren, denen cosultirende unerfahrene oder neuropathische Individuen durch solche Personen ausgesetzt sind. Verf. unterscheidet an dieser ungünstigen Beeinflussung 3 Stadien: die der Consultation vorangehende Periode der Autosuggestion, die der directen Suggestion durch die Somnambule während der Consultation und die nachfolgende Periode gesteigerter Autosuggestion. Zum Belege berichtet Verf. über 10 bisher unveröffentlichte Beobachtungen, in denen derartige Consultationen bei Somnambulen 7 Mal eine Erkrankung hervorgerufen und 3 Mal gesteigert haben. Er berichtet dann noch über weitere 7 meist bisher unveröffentlichte ähnliche Fälle, bei denen spiritistische oder „magnetische“ Manipulationen als Krankheitserreger in Betracht kamen. In einem 4. Cap. schlägt Verf. gesetzliche Maasnahmen gegen die Somnambulen vor, indem er sich in diesem Kapitel auch auf die durch Somnambule veranlasste sociale Schäden bezieht und

als einen noch unveröffentlichen Fall den eines auf diese Weise veranlassten Mordes erwähnt.

O. Vogt.

E. v. Leyden und *Goldscheider*, Die Erkrankungen des Rückenmarks und der Medulla oblongata. Aus: *Nothnagel*, Specielle Pathologie und Therapie. Wien 1897. Hölder. 760 S. Pr. 23 M. 60 Pf.

Im vorliegenden Werke bieten die Verf. eine klare Darstellung dessen, was wir über Anatomie, Physiologie und Pathologie des Rückenmarkes und der Medulla oblongata wissen. Die französische Literatur ist eingehend benutzt. Dabei kommt in der pathologischen Anatomie die gewiss berechtigte Tendenz Leydens zum Ausdruck, die Lehre von echten Systemerkrankungen zu bekämpfen.

In der klinischen Symptomatologie ist nach Ansicht des Ref. der autosuggestive Factor nicht genügend gewürdigt. Gerade bei den langwierigen Rückenmarkskrankheiten spielen echte Autosuggestionen eine grosse Rolle. Aengstliche Vorstellungen, dass dieses oder jenes pathologische Symptom auftreten, fortdauern oder sich noch steigern würde, ist die Veranlassung, dass dieses Symptom dementsprechend in Erscheinung tritt.

Was die therapeutischen Anschauungen der Autoren anbelangt, so wird Ref. auf ihre beachtenswerthen electrotherapeutischen Ausführungen in anderem Zusammenhange noch eingehend zurückkommen. Der Psychotherapie werden einige allgemeine Bemerkungen gewidmet. Die echte Suggestionstherapie und die Hypnotherapie werden nicht weiter erwähnt. Alle Kenner des Hypnotismus stimmen darin überein, dass im hypnotischen Bewusstseinszustand gegebene Suggestionen nachhaltiger und wirksamer sind als Wachsuggestionen. Wir können in der Hypnose noch suggestiven Erfolg haben, wo dieser im Wachsein ausbleibt. Wir können so speciell kei Rückenmarkskrankheiten nicht nur die psychischen Complicationen energischer bekämpfen, wir können auch noch bei organischen Schmerzen sonst nur durch Narcotica erreichbare Erfolge erzielen und durch Uebungen im eingeengten Bewusstsein auch sicher die Wirkung der Compensationsgymnastik steigern. Dazu kommt aber noch die sonst unerreichbare Allgemeinwirkung der hypnotischen Suggestionstherapie. Wir können auf keine andere Weise erfolgreicher den Mut und die Energie des Patienten anfeuern und gleichzeitig durch suggestiv verlängerten Schlaf und geregelte Ernährung die Körperkraft steigern oder erhalten. Wir stehen den Rückenmarkskrankheiten gegenüber so machtlos da, dass uns jedes Heilmittel willkommen sein muss und so auch — wie Erb jüngst ebenfalls betont hat — die „Suggestionstherapie in jeder Form".

Im Uebrigen kann aber das vorliegende Werk aufs Wärmste empfohlen werden.

O. Vogt.

Dr. E. Hallervorden, Der Zusammenhang chemischer und nervöser Vorgänge überhaupt und im Wochenbett. Würzburg, A. Stuber's Verlag. 1897.

Verf. will sein Thema, um „der zu übertriebener Specialisirung hinneigenden literarischen Mode" entgegenzuarbeiten, von einem umfassenderen Standpunkte, am liebsten dem der Biologie aus behandeln. Der Inhalt seiner ein kleines Heft von 58 Seiten umfassenden Erörterungen besteht daher auch weniger in einer erschöpfenden Darstellung positiver Forschungsresultate, als vielmehr in allgemeinen

Angaben über die Wege, auf denen solche Resultate zu erreichen sind. Es sei an dieser Stelle nur derjenigen Gesichtspunkte gedacht, die den Neurologen interessiren, während die chemischen und physiologischen Fragen anderweitiger Beurtheilung überlassen bleiben.

Verf. betont die ätiologische Bedeutung der Zeugungsphase des Weibes für die Nervenkrankheiten, die einmal in einer Summation der das Nervensystem während dieser Phase treffenden Reize und zweitens in organischen und chemischen Veränderungen desselben zu suchen ist.

In dem experimentellen Theil seiner Erörterungen stellt H. Vergleiche bezüglich des Wassergehalts des Gehirns an und kommt zu dem Schluss, dass das Gehirn der im Puerperium Verstorbenen wasserreicher ist als das gewöhnlicher Leichen. Beim Kaninchen lassen sich Unterschiede im Wassergehalt nicht feststellen, weil die Schwankungen desselben auch ausserhalb der Zeugungsphase zu gross sind, jedenfalls aber fand er den Aschengehalt des Gehirns gravider Thiere vermindert. Aus seinen Wägungen gewinnt er den Eindruck, „als ob die Zeugungsphase und zwar besonders die erste Zeugungsphase, wie für den ganzen Organismus, so besonders für das Gehirn einen starken, vielleicht relativ abschliessenden Entwicklungsschub herbeiführe", womit auch die Erfahrung übereinstimme, dass bei Thier und Mensch mit der Mutterschaft ein bedeutender geistiger Zuwachs verbunden ist.

Verf. macht nach den klinischen Thatsachen chemisch-toxische Einwirkungen im weitesten Umfange für die Entstehung von Neurosen und Psychosen verantwortlich. Nach rein chemischen Betrachtungen, in denen er besonders die Säurebildung und NH_3 Ausscheidung beleuchtet und neben der neurotischen eine chemische Disposition des Individuums fordert, deutet Verf. die chemischen Verhältnisse in den febrilen Nervenaffectionen an und unterscheidet nach seinen vier Stadien der fieberhaften Erkrankungen auch prodromale Delirien, Acmepsychosen, epicritische Psychosen und postfebrile Psychosen. Ferner entstehen aus Ernährungs- und Stoffwechselstörungen durch Autointoxication und schliesslich speciell in der Zeugungsphase durch Autointoxication aus dem Productionsstoffwechsel der Gravidität und dem Reductionsstoffwechsel des Puerperiums Nervenaffectionen. Auch hier erhalten wir fast überall nur Andeutungen über die Wege, auf denen das Beweismaterial herbeigeholt werden soll. Die causale Kette, die Verf. als das (zum grossen Theil noch hypothetische) Resultat seiner Betrachtungen erhält, ist: NH_3 Ausscheidung — Säureproduction — Alkaloïde — Neurosen. Am besten ist diese Kette in der Pathologie der Eklampsie erforscht.

Auf diesen Betrachtungen fussende therapeutische Versuche wären mit ClNa-Lösungen anzustellen. Verf. verwendet für seine Theorie die von Ilberg, allerdings unter einem anderen Gesichtspunkte, angewendeten ClNa-Infusionen bei Geisteskranken. Tecklenburg-Lindenhof-Coswig.

Th. Kölle, Gerichtlich-psychiatrische Gutachten aus der Klinik von Herrn Prof. Forel in Zürich. Stuttgart. Enke. 1896. 322 S.

Diese Gutachtensammlung verdient eine Beachtung auch in einem weiteren Leserkreise. Von vornherein wird die deterministische Willenslehre proclamirt. „Der Begriff der Willensfreiheit," sagt Forel in dem beigegebenen Vorwort, „muss relativ verstanden werden und in dem Begriff einer immer höheren harmonischen Complication und Plasticität des feinsten Spieles höchster Gehirnthätigkeiten auf-

gehen." „Die neuen wissenschaftlichen Wahrheiten haben auch eine »neue Richtung« in der Beurtheilung der Criminalpsychologie und Psychopathologie hervorgerufen." Das vorliegende Buch soll für diese »neue Richtung« practische Illustrationen bringen, „um vom gesunden Menschenverstand des Publicums in ihrer ganzen Tragweite erfasst und begriffen zu werden". Wer der criminalpsychologischen Debatte der deutschen Irrenärzte zu Dresden 1894 beiwohnte oder wer sonst das mangelhafte psychologische Verständniss unserer Juristen kennen gelernt hat, wird das vorliegende Buch mit Freuden begrüssen und warm empfehlen.

Aus dem Forelschen Vorwort sei noch erwähnt, dass Forel „die grossen Verdienste, die der feurige, gedanken- und phantasiereiche italienische Forscher Lombroso hat" voll anerkennt und weiter nicht nur das „Strafmaass", sondern auch den Sühnebegriff der Strafe bekämpft. Verf. sieht in der Strafe ein Erziehungsmittel. Fügen wir hinzu, dass sie mehr noch als Abschreckmittel, als Hemmungsvorstellung zu wirken hat.

Unter den einzelnen Fällen sei an dieser Stelle besonders auf Fall 9—12, Fall 14 und Fall 27 aufmerksam gemacht. In den Fällen 9—11 handelt es sich um psychologisch sehr interessante „pathologische Schwindler", im Fall 12 sind gewisse Züge dieser Characterdegeneration vorhanden. Im Fall 14 handelt es sich um einen spontanen Somnambulismus, den Forel schon früher in den „Schriften der Gesellschaft für psychologische Forschung" beschrieben hat. Im Fall 27 handelt es sich um einen Neuropathen und Epileptiker, bei dem die hypnotische Therapie wesentliche Dienste bei einer Chloralentziehung leistete und einen „epilyptischen" Anfall verhinderte, dessen Aura bereits aufgetreten war. Pat. ist gleichzeitig abstinent geworden, und hat nie wieder einen epileptischen Anfall gehabt.

O. Vogt.

E. Siemerling, Casuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie. Berlin 1897. Hirschwald. 172 S.

Jeden unserer Leser, der sich für gerichtliche Medicin interessirt, möchten wir auf diese Sammlung von Gutachten aus der Feder des bekannten Tübinger Psychiaters aufmerksam machen. Die Sammlung, die einen einzelkäuflichen Sonder-Abdruck aus der Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen darstellt, enthält vier Gutachten über Fälle, in welchen das Vorhandensein einer Geistesstörung nicht erwiesen werden konnte und acht Gutachten über Fälle, bei denen die Beobachtung das Krankheitsbild der chronischen Verrücktheit ergab.

O. Vogt.

IV. Psychotherapie.

Psychische Beeinflussung der Epilepsie.

Dr. Ph. Tissié, Action inhibitoire de la volonté sur les attaques d'épilepsie. Revue de l'Hypnotisme, 10e année, p. 129 f.

Ein 17jähriger Schüler, Onanist, ist während einer Periode sehr schnellen Wachstums von epileptischen Anfällen heimgesucht worden. Er kann den Anfall durch seinen Willen oder durch einen lebhaften psychischen Eindruck gelegentlich unterdrücken. Nach dem Anfall vollständige Amnesie.

Verf. schreibt der Onanie und zeitweiligen Ueberanstrengung eine grosse Rolle bei den Anfällen zu.

Dr. Gelineau, De l'inhibition des accès d'épilepsie. Revue de l'Hypnotisme, 10e année p. 243 f.

Angeregt durch die Mittheilung von Tissié schildert Verf. einen Fall von Epilepsie verbunden mit Onanie, bei dem ebenfalls durch den Einfluss des Willens die Anfälle gelegentlich unterdrückt werden konnten.

Ref. kommt auf diese schon in dieser Zeitschrift (Band 4, S. 329) erwähnte Arbeit nur zurück, weil darin angeführt wird, dass A. Voisin die Hypnose mit Erfolg bei einer Epileptischen angewandt habe, die während der Menses 8—10 Anfälle zu bekommen pflegte. V. versetzte sie während der Menses für 8 Tage im Somnambulismus. Die Anfälle traten dann nicht auf. Unter diesen Verhältnissen hielt die Besserung 15 Monate an. Als dann die Patientin sich aus unbekannten Gründen nicht mehr einschläfern lassen wollte, kamen die Anfälle wieder.

Spehl (Bruxelles), Epilepsie Jacksonnienne. — Traitement par la suggestion indirecte. — Guérison. Revue de l'Hypnotisme. 11e année p. 265 f.

Dem Patienten fiel in seinem 15. Lebensjahre aus dem 2ten Stock eines Hauses ein Blumentopf auf den Hinterkopf. Es setzte nur eine leichte Contusion, die in wenigen Tagen heilte. Bald traten Kopfschmerzen in der Stirn auf, 2 Monate später der erste epileptische Anfall. Kopfschmerz und Anfälle nehmen an Stärke und Häufigkeit zu. Im 18. Lebensjahr täglich durchschnittlich 12 Anfälle. Patient kommt mit 20 Jahren in Sp.'s Behandlung ins Hospital. Täglich jetzt im Mittel 3 Anfälle. Das seit 5 Jahren genommene Brom wird ausgesetzt. Die ersten 6 Tage bestehen die Anfälle fort.

Dann greift Verf. zur Wachsuggestion. Die Kopfschmerzen und Anfälle werden geringer und seltener und hören nach 9 Tagen ganz auf. — Bei früheren bis zu 8 Monaten dauernden Krankenhausbehandlungen zeigte sich nie eine Besserung, sodass Verf. seinen Erfolg allein der Suggestion zuschreiben zu können glaubt. — Leider ist nicht angegeben, wie lange der Kranke nachher noch beobachtet wurde.

Dr. Jules Voisin, Le traitement de l'accès d'épilepsie. Revue de l'Hypnotisme. 11e année, p. 327 f.

Verf. führt aus, dass manche Kranke ihre Anfälle nur unter dem Einflusse einer für sie ganz bestimmten Ursache haben (Alkohol, geschlechtliche Reizung, bestimmte seelische Erregung), und dass man durch Beseitigung dieser die Anfälle verringern oder verhindern könne. Weiter zählt er eine Reihe von Mitteln bei den verschiedenen Arten der Aura auf: Umschnüren des Armes bei sentitiver oder motorischer Aura in diesem; Essen von Chocolade oder Brot, Verschlucken von Salz; Hautreize (Senf, kaltes Wasser, Eis); Anrufen des Kranken bei seinem Namen u. s. w., und führt Beispiele der Wirksamkeit solcher Manipulationen an. —

Ref. möchte durch die Zusammenstellung vorstehender Arbeiten, die sich mit der bekannten Thatsache der Beeinflussbarkeit epileptischer Anfälle durch den Willen oder durch entsprechende Suggestivmittel beschäftigen, eine Anregung zu weiteren Versuchen mit der in Deutschland noch so wenig geübten und anerkannten psychischen Behandlung der Epilepsie geben. Nach seinen persönlichen Erfahrungen scheint dem Referenten die hypnotische Behandlung dieses Leidens durchaus nicht so aussichtslos zu sein. Zum mindesten würde sie in einer ganzen Reihe von Fällen ein Palliativmittel sein, das die übliche mit so grossen Nachtheilen für die geistigen Fähigkeiten verbundene Bromtherapie vielfach vortheilhaft zu ersetzen im Stande wäre. Delius-Hannover.

Zur Methodik der hypnotischen Behandlung.

Von

Korbinian Brodmann.

(Erste Fortsetzung.)

Nachdem ich in den allgemein gehaltenen einleitenden Bemerkungen auf die meiner Arbeit zu Grunde liegende methodologische Tendenz hingewiesen und einige wichtige Fragen, welche dem Arzte bei der Einführung der hypnotischen Behandlungsweise in seine Praxis nahetreten, erledigt habe, gehe ich nunmehr zur eigentlichen Aufgabe, zur Darstellung der hypnotischen Methodik über und schicke zur Kennzeichnung des Gedankenganges einen kurzen Ueberblick über die Stoffeintheilung voraus. Ich werde das Thema in vier Abschnitte gliedern.

In dem ersten beabsichtige ich, in grossen Umrissen die wesentlichen Grundzüge der hypnotischen Methodik, ohne auf die noch einer endgiltigen Lösung harrenden physiologischen und psychologischen Streitfragen einzugehen, nach rein practischen Gesichtspunkten zu skizziren. Ausser den allgemeinen für die Entstehung des natürlichen wie künstlichen Schlafes gleich nothwendigen Bedingungen, ausser gewissen dem Eintritt des Schlafes förderlichen, resp. denselben störenden Umständen, werden hier jene Proceduren und Hülfsmittel zur Erzeugung schlafähnlicher Zustände besondere Berücksichtigung beanspruchen dürfen, welche für die Entwickelung unserer Lehre von Einfluss gewesen sind oder welche noch heute ein unbestrittenes practisches Interesse verdienen. Ich verfolge dabei in der Hauptsache den Zweck, das allen verschiedenartigen und den scheinbar widersprechendsten Verfahren gemeinsame Princip, das zum Ausgangspunkt des modernen, auf die Suggestionslehre aufgebauten, wissenschaftlichen Hypnotismus geworden ist, nachzuweisen.

Ich wende mich dann, im zweiten Theile, dem von O. Vogt ausgebildeten und in längerer Praxis bewährten Verfahren zu und gedenke in specialisirter Ausführung die Grundgedanken desselben, soweit sie von anderen Autoren wesentliche Abweichungen zeigen, und die durch dieselben bedingte Eigenartigkeit seiner Technik zu schildern.

Im dritten Abschnitte soll an einzelnen, aus der Erfahrung gesammelten Beispielen die specielle Technik des Hypnotisirens zur Anschauung gebracht werden. Es soll gezeigt werden, wie im Einzelfalle nach jenem Modus eine Hypnose auszuführen ist, wie sich der Gesammtverlauf, die Dauer, die Wirkungsweise einer mit Hypnose verbundenen Therapie zu gestalten pflegt; es soll insbesondere auf das, aus der Individualität von Arzt und Patient, aus der Mannigfaltigkeit der krankhaften Störungen sich ergebende Bedürfniss nach Modificirbarkeit, Variabilität und Anpassungsfähigkeit einer hypnotischen Methode Rücksicht genommen werden. Man wird dann zu beurtheilen vermögen, wie aus allen diesen Momenten im Laufe einer hypnotischen Behandlung für den Practiker eine Fülle von Indicationen und Contraindicationen entspringt, die an sein Können eine ebenso grosse Menge dringender Anforderungen stellen, an denen seine specialistische Kunst scheitert oder sich bewährt.

Das letzte Kapitel schliesst mit einem kurzen Resumé und dem Versuche, aus den mitgetheilten Beobachtungen und den gewonnenen Erfahrungen, aus negativen wie positiven Resultaten, welche allerdings nur soweit als sie in unmittelbarer Beziehung zur Methodik stehen, ohne jede casuistische Verwerthung, erwähnt werden können, einige allgemeingiltige Grundsätze und practische Regeln abzuleiten.

I.

Ausgehend von der, an dieser Stelle einer Erörterung nicht zugänglichen, theoretischen Voraussetzung, dass Schlaf und Hypnose, ebenso wie eine Reihe äusserlich analoger, bereits an das Grenzgebiet der Psychopathologie heranreichender Erscheinungen, im Grunde genommen wesensgleiche psychische Zustände darstellen, dass gewisse, dem normalen Schlafe eigenthümliche Symptome als völlig identisch zu betrachten sind mit anderen Aeusserungen eines veränderten, nicht wachen Bewusstseins, dass alle diese geistigen Zustandsformen, mögen sie nun normal oder krankhaft, künstlich hervorgerufen oder spontan entstanden sein, auf dem gleichen neurodynamischen Mechanismus des Centralnervensystems und auf den gleichen psychophysischen Gesetzen

des Seelenlebens beruhen [1]) — werden wir uns, um ein Verständniss der Methoden zur systematischen Erzeugung eines künstlichen Schlafes anzubahnen, in erster Linie damit beschäftigen müssen, die Genese des gewöhnlichen, naturgemässen Einschlafens, resp. Erwachens zu analysiren, mit anderen Worten die schlaferzeugenden und schlafauslösenden Ursachen, sowie die bei dem Eintritt des spontanen Schlafes, im Sinne einer Hemmung oder Beschleunigung mitwirkenden Momente kennen zu lernen.

Von den eigentlichen materiellen Ursachen des an den regelmässigen Wechsel der Tageszeiten gebundenen Schlafes, von den Zuständen des Gehirns, welche man als die physiologischen Parallelprocesse der psychischen Schlafphänomene anzusprechen berechtigt wäre, kurz von dem Wesen des Schlafes an sich, wissen wir, im Grunde genommen, so gut wie gar nichts. Die specielle Physiologie des Schlafes [2]) ist mit ihren Erklärungsversuchen über die Bedeutung mehr oder weniger glücklicher Hypothesen nicht hinausgekommen, und je mehr sich eine einzelne Theorie in Detailschilderungen der den Erscheinungen des Schlafes hypostasirten nervösen Vorgänge verlor, desto schneller gerieth sie mit der Wissenschaft in Conflict, desto eher wurde sie durch die Ergebnisse späterer Forschung ad absurdum geführt, wie es in drastischer Weise den histologischen, auf die Contiguitätslehre gegründeten Schlaftheorien [3]) erging, oder schliesslich sie wurde durch neue, ihr entgegengesetzte Lehren in ihrem Ansehen zum mindesten sehr erschüttert.

Für eine hypnotisch-practische Thätigkeit ist die Lösung dieses Problems zunächst von weniger brennendem Interesse. Wir kommen mit der Annahme eines hypothetischen Hülfsbegriffes, dessen Natur und Wirkungsweise wir gar nicht näher zu kennen beanspruchen, mit

---

[1]) Wundt, Grundriss der Psychologie 1896, pag. 322: „Hiernach sind die psychophysischen Bedingungen von Schlaf, Traum und Hypnose wahrscheinlich im Wesentlichen übereinstimmende." Forel, Der Hypnotismus etc., pag. 51: „Der Gehirnmechanismus beider (Schlaf und Hypnose) ist der gleiche, wenn er auch auf verschiedene Weise in Bewegung gesetzt werden kann." O. Vogt, Zur Kenntniss des Wesens und der psychologischen Bedeutung des Hypnotismus (Zeitschr. f. Hypn., Bd. III, pag. 315ff. und Bd. IV, pag. 32ff. Ferner O. Vogt, Spontane Somnambulie in der Hypnose (Diese Zeitschrift, Bd. VI, pag. 86ff.).

[2]) Vgl. Wundt: Grundzüge der physiologischen Psychologie, II. Bd., pag. 544.

[3]) Vgl. meine Referate: Pupin, La théorie histologique du sommeil (Zeitschr. f. Hypn., Bd. IV, pag. 324, und Schleich, Schmerzlose Operationen. Psychophysik des natürlichen und künstlichen Schlafes etc. (Diese Ztschr., Bd. VI).

der Lehre eines primär wirkenden, activen Schlafcentrums, wie sie von Vogt ganz neuerdings in dieser Zeitschrift dargestellt wurde, vollkommen aus. Wie sich im Einzelnen die inneren Ursachen, das Wesen des Schlafes dem Auge des Hirnphysiologen und Hirnanatomen später enthüllen werden, ob man eine Activität oder Passivität der Centralorgane als das Wesentliche anerkennt, ob man Hyperämie [1]), Anämie (Mosso u. A.) oder normale Blutfüllung des Gehirns (Lenhossek) [2]) annimmt, ob der Schlaftrieb durch Austrocknung oder Ansammlung von Feuchtigkeit in der Nervensubstanz [2]) eingeleitet wird, ob neurodynamische, histologische (Duval, Schleich [1]) u. A.), electrische (Ziehl) [3]) Verhältnisse, ob irgend welche chemische Stoffwechselveränderungen (Preyer [4]), Ludwig, Pflüger) in ursächliche Beziehung zum Schlaf zu bringen sind — all das ist für den Hypnotherapeuten zunächst belanglos, wenn er weiss, in welcher Weise dieser Schlafmechanismus in Bewegung gesetzt resp. zum Stillstand gebracht wird, von welchen äusseren Einflüssen seine Function im gewöhnlichen Leben abhängt, durch welche Momente derselbe angeregt, gefördert und ausgelöst oder gestört, gehemmt und unterbrochen werden kann, wenn er die Kenntniss aller dieser Factoren für seine therapeutischen Zwecke, für die Hervorrufung eines künstlichen Schlafes auszunützen im Stande ist.

Das gewöhnliche Einschlafen ist von ungemein zahlreichen Umständen abhängig, denen eine rationelle Technik der Hypnose, trotz ihrer Mannigfaltigkeit, mehr oder weniger wird Rücksicht tragen müssen. Von der individuellen Geschicklichkeit des Arztes, diesen natürlichen Bedingungen gerecht zu werden und sie, soweit dies bei kranken

---

[1]) Vergl. das Referat des Verf. über: Schleich, l. c. Sch. nimmt einen gemeinsamen Reflexapparat für Schlaf, Hypnose und analoge Zustände an: „Die auf die Gesammtleistung des Tages folgende reflectorische Parese der feinsten Hirngefässe, die paretische Dilatation ihrer Wände bedingt eine Hyperämie über die ganze Hirnrinde. Der Schlaf tritt ein durch Ganglienhemmung und erst nach erfolgtem, wiederum reflectorisch ausgelöstem Gefässspasmus (Sonnenaufgang?), durch eine Reflexischämie des Gehirns wird er unterbrochen.“ Ferner: „Bei der Hypnose zeigt sich nun aufs Deutlichste, dass auf dem Wege des Reflexes, der Gefässparese, die Neuroglia zwischen den obersten Bewusstseinsschichten interganglionär schlaferzeugende Hemmungen zu Wege bringt.“

[2]) Citirt nach Spitta, Die Schlaf- und Traumzustände der menschlichen Seele, pag. 20 ff.

[3]) Ziehl (De Somno) hat eine ganz eigenartige electrische Schlaftheorie aufgestellt (Spitta l. c.).

[4]) Preyer, W., Ueber die Ursache des Schlafes. Stuttg. 1877.

Personen möglich ist, zu erfüllen, hängt in vielen Fällen der Erfolg des Hypnotisirens ab.

Man hat die Entstehungsbedingungen des natürlichen Schlafes, je nach der theoretischen Auffassung über das Wesen des Schlafes, nach sehr verschiedenen Gesichtspunkten eingetheilt. Werden sie ihrer Wirkungsweise nach den Reizmitteln zugerechnet (Spitta), so können sie entweder formal in periphere und centrale oder material in physische und psychische unterschieden werden.[1]) Im Allgemeinen ist bis heute noch diese letztere Unterscheidung die gebräuchlichste geblieben. Man begegnet derselben auf Schritt und Tritt in der einschlägigen Literatur, nur dass das Hauptgewicht bald auf die psychische, bald auf die somatische Seite verlegt wird. Es bedarf wohl keiner näheren Begründung, dass eine principielle Trennung in dieser Beziehung nicht durchführbar ist, ebensowenig als es möglich ist, eine fest bestimmte Grenze zwischen bewussten und unbewussten physiologischen Vorgängen überhaupt zu ziehen. Ebenso verhält es sich mit allen den Mitteln und Ursachen, welche den Schlaf hervorzurufen im Stande sind; es ist ein Ineinandergreifen und Verweben zahlreicher körperlicher und geistiger Componenten, die sich gegenseitig bedingen und ersetzen, ergänzen und ablösen, und deren Zusammenwirken, je nachdem es in der einen oder in der anderen Weise erfolgt, mehr oder weniger schnell den Schlaf nach sich zieht. Für unsere Zwecke ist ein solcher Eintheilungsmodus demnach ohne alle Bedeutung, für uns hat es nur Werth zu wissen, was wesentlich und was unwesentlich ist, die gesetzmässigen, causalen Bedingungen und die accidentellen Hülfsmomente auseinanderzuhalten. Gerade in dieser Frage ist bis jetzt eine Einigung jedoch nicht erzielt worden und es stehen sich noch immer diametral gegensätzliche Anschauungen gegenüber.

Während eine Reihe von Autoren, unter ihnen besonders Liébeault und Forel, den Schlaf ausschliesslich als die directe Folge eines psychischen Vorganges, einer Autosuggestion betrachten, nämlich als die Folge der in reichster associativer Verknüpfung mit den verschiedensten Empfindungen, Vorstellungen und Gefühlen stehenden Schlafvorstellung, ist von anderer Seite bis heute die Ansicht aufrecht gehalten worden, der Schlaf sei nur die passive Folge eines physischen Zustandes, eine Abnahme der Intensität der vitalen Processe

[1]) Purkinje hat ein ganzes theoretisches System von principiell verschieden wirkenden Schlafmitteln aufgestellt; practisch ist dasselbe jedoch nicht aufrecht zu erhalten. Vgl. Spitta a. a. O., pag. 52ff.

in Folge eines Kräfteverbrauchs oder einer Intoxication. Der Schlafeintritt bedeutet nach dieser Lehre immer nur eine Erschöpfung der physischen Kräfte, welche ein intensives Weiterfunctioniren der Organe, vor Allem des Gehirns, unmöglich macht.

Diese letztere, extrem somatische Auffassung hat, zumeist mit metaphysischen Speculationen stark vermengt, besonders in älteren Arbeiten über den Schlaf Anhänger gefunden. Man nannte den Schlaf ein zwangweises Versenken der Seele in sich selbst; „sie sei dazu genöthigt, einerseits durch die Erschöpfung ihres eigenen selbstbewussten Lebens, andererseits in Folge der Ermüdung des unter ihrer Botmässigkeit stehenden Leibes“.[1]) Es ist ersichtlich, wie nahe sich diese Anschauung mit derjenigen vieler moderner Gehirnphysiologen berührt. Gerade die chemischen Schlaftheorien stehen im Princip auf dem gleichen Standpunkt, wenn sie den Wechsel von Schlaf und Wachen nur aus einer Ermüdung und Erholung, aus einer periodischen Anhäufung von Ermüdungsstoffen im Gehirn resp. aus deren Beseitigung zu erklären suchen.

Gegen eine solche Erklärung ist Verschiedenes einzuwenden. Vor Allem lässt sie den ganz plötzlich, auf eine imperative Suggestion hin eintretenden Schlaf oder gewisse krankhafte Schlafattaquen, absolut unverständlich, und man müsste es geradezu als absurd und als unzulässig bezeichnen, in systematischer Weise zu therapeutischen Zwecken den Schlaf herbeiführen zu wollen, wenn derselbe lediglich eine Erschöpfungserscheinung wäre.

Dementsprechend ist auch gerade von Hypnotisten, welche hinreichend Gelegenheit haben, den Vorgang des Einschlafens und seine Bedingungen kennen zu lernen, dieser Anschauung mit aller Schärfe entgegengetreten worden. Forel[2]) widerlegt dieselbe mit durchschlagenden Gründen. Er schreibt:

„Wenn auch die wirkliche Erschöpfung des Gehirnes gewöhnlich das subjective Ermüdungsgefühl hervorruft und wenn letzteres aus Zweckmässigkeitsgründen mit Schläfrigkeit für gewöhnlich associirt ist, so müssen wir auf der anderen Seite festhalten: 1. dass nicht selten starke Erschöpfung schlaflos macht; 2. dass man umgekehrt durch Schlaf immer schlafsüchtiger wird; 3. dass Ermüdungsgefühl, Schläfrigkeit und wirkliche Erschöpfung oft ganz unabhängig von einander vorkommen; 4. dass die Schläfrigkeit in der Regel zu bestimmter,

[1]) Citirt nach Spitta l. c., pag. 4.

[2]) Forel, Der Hypnotismus etc., pag. 49.

gewohnter (autosuggerirter) Stunde erscheint, und wenn man sie besiegt hat, nachher trotz wachsender Erschöpfung verschwindet." Ferner [1]): „Dass aber der normale Schlaf ohne Hypnotiseur und ohne Erschöpfung ganz nach Art der Hypnose eintreten kann, steht fest und beweist, dass dieser veränderte Thätigkeitszustand des Gehirnes etwas für sich und die Erschöpfung etwas anderes für sich ist."

Ganz ähnlich drückt sich Liébeault [2]) aus. Die Ermüdung oder das Schlafbedürfniss ist nur ein secundäres Unterstützungsmittel des Einschlafens. Er nimmt mit Forel an, „dass der gewöhnliche Schlaf gleich dem künstlichen das Ergebniss eines geistigen Vorganges ist, der sich durch die Fixirung der Aufmerksamkeit auf eine Vorstellung, und zwar gewöhnlich auf die der Ruhe, kennzeichnet". [2]) Schlaf und Hypnose sind „verwandte passive Zustände". Ihr einziger Unterschied liegt in der Art, wie die Personen einschlafen. „Der gewöhnliche Schläfer verfällt in den Schlaf durch eine Suggestion, die er sich selbst giebt, die des Schlafens, während der künstlich Eingeschläferte durch eine ähnliche, aber ihm gegebene Suggestion einschläft." [3])

Als wesentliche Grundlage für die Entstehung jedes Schlafes ist demnach von diesen beiden Forschern ein psychisches Postulat aufgestellt, nämlich die Concentration der geistigen Thätigkeit auf die Vorstellung, dass der Schlaf eintreten werde, gegenüber welchem alle anderen Factoren nur als begleitende mehr oder weniger wichtige Hülfsmomente anzusehen sind. Die Schlafsuggestion ist gewissermaassen zum voraussetzungslosen wirksamen Princip des Schlafeintrittes erhoben.

Die Mehrzahl der Autoren nimmt in dieser Frage eine Art Mittelstellung ein. Wundt [4]) erkennt in der Erschöpfung der Nervencentren nur eine „allgemeine Bedingung des Schlafes, von welcher namentlich auch seine Dauer und Tiefe vorzugsweise abhängt", nicht aber eine absolute Voraussetzung desselben, denn als eine zweite wesentliche Bedingung psychophysischer Natur, „welche der Ermüdung bald entgegenarbeitet, bald mit ihr in gleichem Sinne wirkt, ist die Beeinflussung der Aufmerksamkeit anzusehen". Bezüglich der Schlafvorstellung erklärt er an anderer Stelle [5]), dass es entschieden zu weit gegangen sei,

[1]) Forel, Der Hypnotismus etc., pag. 49.

[2]) Liébeault, Der künstliche Schlaf und die ihm verwandten Zustände. Deutsch von Dr. O. Dornblüth. 1892. pag. 11.

[3]) l. c., pag. 19. Vergl. auch Zeitschr. f. Hypn., Bd. I, pag. 132 und Bd. III, pag. 27.

[4]) Vgl. Grundzüge der Phys. Psychol., Bd. II, pag. 534.

[5]) Wundt, Der Hypnotismus, pag. 47.

wenn man die Autosuggestion für die „regelmässige oder alleinige Ursache des Schlafes" erklärt; er lässt jedoch die Möglichkeit zu, „dass auch der Eintritt des gewöhnlichen Schlafes zuweilen auf einer Autosuggestion beruhen, oder dass eine solche wenigstens an ihm mitbetheiligt sein kann". In ähnlichem Sinne meint Moll[1]), dass die Ansammlung von Ermüdungsstoffen im Körper Schlaf herbeiführen kann, ohne irgend eine Vorstellung zu erwecken, dass wir aber andererseits „wenigstens in vielen Fällen, durch die Ueberzeugung und die Vorstellung des Einschlafens in Schlaf kommen". Vogt[2]) schliesslich bringt eine functionelle Anämie des Grosshirns in directe ursächliche Beziehung zum Eintritt des Schlafes und führt diese wiederum zurück auf ein besonderes vasomotorisches Reflexcentrum, dessen Thätigkeit primär durch vermehrte Zuleitung von Neurokymen eingeleitet wird, „wenn die Grosshirnrinde durch Erschöpfung in ihrer Erregbarkeit herabgesetzt ist". Ausserdem betont er aber mit Entschiedenheit ein reizverstärktes Wechselverhältniss zwischen Schlafvorstellung und Reflexcentrum des Schlafes. „Das Auskleiden, das Schlafzimmer, die Absicht schlafen zu wollen und zahlreiche ähnliche Empfindungen und Vorstellungen erregen die Schlafvorstellung und wirken damit bahnend auf die Reflexcentren des Schlafes ein. Eine beginnende Thätigkeit der Reflexcentren erregt ihrerseits wieder die Componenten der Schlafvorstellung. Von diesen gehen dann neue bahnende Beeinflussungen der Reflexcentren aus. So tritt eine bahnende Wechselwirkung ein, deren Resultat ein beschleunigtes Eintreten des Schlafes ist." Schliesslich stellt Vogt die auf einem activen Reflexmechanismus beruhende „Ermüdung" oder „Schläfrigkeit" der auf Kräfteverbrauch beruhenden „Erschöpfung" entgegen.

Wir müssen also annehmen, dass normaler Weise eine gesetzmässige Bedingung für die Auslösung jener centralen Veränderungen, die man als die nächste Entstehungsursache des Schlafes anzusprechen hat, ein psychischer Factor, die Ruhigstellung oder Herabsetzung der Aufmerksamkeit ist. Diese kann ihrerseits wieder eine sehr verschiedene Grundlage haben. Sie kann, wie wir gesehen haben, direct bedingt sein durch die nach längerem Wachen oder nach angestrengter Thätigkeit eintretende Erschöpfung (mit secundärer reflectorischer Ermüdung nach Vogt). Denn diese Erschöpfung äussert sich auf psychischem Gebiete in erster Reihe durch eine Hemmung der apperceptiven

[1]) Moll l. c., pag. 786.

[2]) Vogt, Zur Kenntniss etc. Diese Zeitschrift, Bd. III, pag. 320ff.

Thätigkeit, mit anderen Worten, durch eine Herabsetzung der Aufmerksamkeit. Sie kann ferner in hohem Maasse von unserer Willensthätigkeit, oder was dasselbe ist, von den Vorstellungen, denen wir unsere Aufmerksamkeit widmen, beeinflusst werden.

Die Einwilligung in den Schlaf ist unter gewöhnlichen Verhältnissen die erste Voraussetzung für das Zustandekommen des Schlafes. Jeder Mensch ist bis zu einem gewissen Grade im Stande, einen vorhandenen Schlaftrieb zu unterdrücken und das Einschlafen, wenn nicht ein aussergewöhnlicher Erschöpfungszustand und in Folge dessen ein unbezwingliches Schlafbedürfniss vorliegt, durch willkürliche Anregung seiner Aufmerksamkeit zu verhindern.[1]) Ebenso besitzen, zwar nicht alle, so doch manche Menschen die Fähigkeit, durch einen reinen Willensentschluss ohne jedes aus Ermüdung hervorgegangene Schlafbedürfniss, unter ganz ungewohnten Verhältnissen, zu jeder Stunde und an jedem Orte sich in Schlaf zu versenken. Es wird besonders von Kant erzählt[2]), dass er „eine ganz merkwürdige Fertigkeit" besass, sich schnell einzuschläfern, sobald er wollte, und auch Napoleon konnte zu jeder Zeit fest schlafen, „sobald er es sich energisch vorgenommen hatte". Es sind dies jene glücklichen Naturen, die sich einen bestimmten Bewusstseinsinhalt, bei dem „früher ein Schlaf öfter aufgetreten ist" [3]), willkürlich und nach Belieben hervorrufen können. Dass es dazu keiner besonderen Hülfsmittel, vor Allem auch nicht einer associativen Verknüpfung mit gewohnten äusseren Umständen bedarf, weiss ich aus eigener Erfahrung. Der blosse Vorsatz zu schlafen, ohne jede klar bewusste oder gar beabsichtigte Leitung des Gedankenablaufes, genügt, um eine einzelne oder mehrere Componenten der Begriffsvorstellung des Schlafes zu wecken und so den Reflexmechanismus des Schlafes in Bewegung zu setzen. Liébeault[4]) macht gegenüber Braid geltend, „dass ausser der Concentration des Geistes, die auf die Hervorbringung dieses Zustandes so günstig wirkt, noch ein anderer von dem vorhanden geglaubten sehr verschiedener Factor existirt, nämlich der Wille zu schlafen. Denn wenn die auf einem Gegenstand fixirte Idee einen

[1]) Herbart, Psychologie, Bd. II, pag. 422 „Der Schlaf kann zurückgehalten, er kann gestört werden durch alles, was die Lebhaftigkeit des Vorstellens erhöht' (Nach Spitta, pag. 98). Das alltägliche Leben bietet Beispiele dieser Art in reicher Fülle.

[2]) Nach Spitta, pag. 98 a. a. O.

[3]) Vgl. Vogt, Zur Kenntniss etc., Bd. III, pag. 322.

[4]) Liébeault, Streifzüge in das Gebiet der passiven Zustände, des Schlafes und der Träume. Ztschr. f. Hypn., Bd. I, pag. 137.

Stillstand der Aufmerksamkeit und eine Art Fascination hervorbringt, so thut der Schlaf dies nur insofern, als man so dem Geist der Personen gleichzeitig den Wunsch, längere oder kürzere Zeit zu ruhen, einflösst, und dieser Wunsch ist mit der Concentration des Geistes die alleinige Ursache der characteristischesten Erscheinungen dieses passiven Zustandes". An anderer Stelle [1]) führt er aus: „wenn sich der Schlaf trotz des betäubenden Lärms einstellt, lag das daran, dass der Schläfer durch eine Geistesanstrengung dahin gekommen war, die Geräusche nicht mehr zu beachten, die Gedanken nicht mehr darauf zu richten. Er hatte ihre Intensität auf ein Minimum reducirt, welche ihm zu schlafen erlaubte."

Unsere Willensfunction kann also in doppelter Richtung, unmittelbar, durch selbstständiges Eingreifen den Vorgang des Einschlafens beeinflussen; sie kann hemmend wirken, indem sie den Schlaftrieb unterdrückt und den Schlaf fernhält; sie kann aber auch fördernd wirken, indem sie ein bestehendes Schlafbedürfniss durch den Wunsch zu schlafen unterstützt und so den Process beschleunigt oder indem sie, trotz mangelnder Schläfrigkeit, eine den Schlaf herbeiführende psychische Constellation herstellt. Dass man auch willkürlich zu jeder Zeit den Schlaf unterbrechen und nach Belieben den Termin des Aufwachens festsetzen kann, sei nur nebenbei erwähnt. [2])

Nicht minder gross als der Einfluss des Willens ist die Einwirkung unseres Gemüthslebens auf die Entstehung und den Verlauf des Schlafes. Mit Recht sagt Spitta [3]): „der Schlaf findet im Gemüth seinen stärksten, einflussreichsten Gegner". Jede geringste Gemüthsbewegung, jede kleinste affective Erregung kann das Einschlafen verhindern, den bereits eingetretenen Schlaf durch quälende Träume stören oder ganz unterbrechen. „Der leiseste Grad von Aengstlichkeit oder Furcht ist im Stande, den Schlaf unmöglich zu machen; Neugier, Verdruss, Aerger, Zorn bewirken nicht nur dasselbe, sondern scheuchen unter Umständen den Schlaf momentan sogar soweit zurück, dass wir die Erregungsfähigkeit und den Spannungsgrad wieder gewinnen, welchen wir gewöhnlich nur im vollen Wachen besitzen". Schlimmer noch in ihren Wirkungen als solche vorübergehende Augenblicksstimmungen, verderblicher für den schlafbedürftigen Organismus sind jene andauernden Gemüthsirritationen, welche Körper und Geist ohne

[1]) Liébeault, Streifzüge in das Gebiet etc., Bd. I, pag. 273.

[2]) Vgl. auch Liébeault ebenda, pag. 272.

[3]) A. a. O., pag. 88.

Unterlass, Tag und Nacht, in qualvoller Spannung, in unstäter Ruhelosigkeit erhalten: die verzehrenden Leiden des Kummers und der Sorge, „die bohrenden, nagenden, unterhöhlenden Gefühle des Zweifels“, die peinigende Hoffnungslosigkeit, die furchtbare, verheerende Macht des beleidigten Gewissens mit ihren stetig mahnenden Stimmen der Reue, der Scham und der Angst. Diesen unheimlichen seelischen Kräften gegenüber ist der Mensch ohnmächtig; während wir sehr wohl im Stande sind, wichtigere, unser ganzes Ich in Anspruch nehmende Gedanken, wie die Lösung eines Problems oder die Erfüllung einer Aufgabe, sofern sie ohne stärkere Betheiligung des Gemüthes verlaufen, durch Selbstüberredung zurückzustellen, deren Erledigung, sobald wir ermüdet sind, auf bessere Gelegenheit zu verschieben und so willkürlich den Schlaf herbeiführen, vermögen wir dem Andrängen eines emotionellen Sturmes keinen Widerstand zu leisten; ohne Unterlass stürmen die Erregungswellen eines geängsteten Gewissens oder eines kummerbeladenen Herzens durch unser Inneres, zermartern das Hirn, werfen den Körper stundenlang ruhelos hin und her, bis wir endlich am frühen Morgen erschöpft in einen betäubungsähnlichen lethargischen Schlaf verfallen. Jeder Nervenarzt kennt die deletären Wirkungen solcher Gemüthszustände, die in ihren Folgen, der chronischen Verkümmerung des Nachtschlafes oder der absoluten Schlaflosigkeit, die kräftigste Gesundheit erschüttern und auf die Dauer den widerstandsfähigsten Organismus vernichten müssen. Umgekehrt weiss aber auch Jedermann, welch' erquickender Schlaf aus einer selbstzufriedenen Stimmung heraus sich zu entwickeln pflegt, wie schnell bei einer indifferenten Gemüthslage oder unter dem Eindrucke erhebender und befreiender Gefühle der Geist sich der Fesseln der Aufmerksamkeit entledigt und in jene traumverlorene Ruhe der Gedanken versinkt, welche den Schlaf gewöhnlich einleitet.

Wir ersehen daraus die eminente Wichtigkeit des Gefühlslebens für den Schlaf; ein gewisses Gleichgewicht des Gemüthes ist eine wesentliche Vorbedingung, eine conditio sine qua non für die Entstehung jedes, des künstlichen wie natürlichen Schlafes [1]), und die Ruhe der Gefühle ist entscheidend für die Dauer und Tiefe desselben.

---

[1]) In neuester Zeit ist von mehreren Seiten darauf hingewiesen worden, dass auch der Verlauf der Narcose unter dem Einflusse emotioneller Elemente stehe; es ist beobachtet worden, dass der Chloroformschlaf sich schneller und ohne ein ausgeprägtes Excitationsstadium entwickelt, wenn man durch beruhigende Suggestionen von Anfang an die Erregung unterdrückt und ängstlichen Affecten durch

Ausser den bisher erwähnten, in dem Wesen des menschlichen Geistes selbst gelegenen Kräften, welche den Eintritt des Schlafes entweder unmittelbar herbeiführen oder bald fördern, bald beeinträchtigen, haben wir jetzt noch jene mittelbar wirkenden äusseren Ursachen kennen zu lernen, welche zwar nicht ein unbedingtes Erforderniss aber doch mehr oder weniger constante Begleiterscheinungen des Einschlafens darstellen.

Unter diesen secundären Schlafbedingungen muss in erster Reihe das Fernhalten peripherer Reize genannt werden. Wenn es auch Menschen giebt, die sich durch keine äusseren Störungen am Einschlafen hindern lassen, die ohne besonders ermüdet zu sein, in grosser Oeffentlichkeit, in jeder Gesellschaft, bei blendender Beleuchtung und bei geräuschvollster Umgebung behaglich einschlafen, die ebensowohl unter dem Stimmengewirr einer Salonunterhaltung wie unter den rauschenden Klängen einer Musik oder dem Tosen und Donnern eines Gewittersturmes ihren seligen Schlaf weiterhalten und vielleicht nur etwas lebhafter träumen, so muss man doch bedenken, dass dies nicht die Norm ist, dass vielmehr der Schlaf in der Regel nur bei einer relativen Ruhigstellung der Sinnesthätigkeit eintritt und weiterbestehen kann. Die Einengung der Sensoriums, mag sie nun in einem völligen Fehlen oder in einer Verminderung oder auch nur in einer Abstumpfung der normalen Sinneseindrücke bestehen, hat sich im Laufe der Phylogenese als zweckmässige Einrichtung für die Entstehung des Schlafes ausgebildet und mit der Schlafvorstellung innig associirt. Deshalb stellt sich bei Menschen mit geringer geistiger Initiative, wenn sie sich langweilen, d. h. wenn äussere Impulse zur Anregung der stockenden Geistesthätigkeit fehlen, schnell Schläfrigkeit ein, während umgekehrt der Wechsel bunter und vielgestaltiger, verschiedenartiger Sinneseindrücke auch den trägen und apathischen Menschen ermuntert. Intensive kurzdauernde Reize, heftige stossweise Erschütterungen des Gehörorgans oder des ganzen Körpers, plötzliches Aufleuchten eines grellen Lichtes (Blitze), aber auch andauernde Spontanempfindungen, wie Schmerzen, Frieren, Erhitzung schliessen den Schlaf aus. Von ganz besonderer Wichtigkeit für die Entstehung des Schlafes sind calorische Einflüsse. Es ist eine allbekannte Erfahrung, dass schwüle Athmosphäre, besonders wenn sie mit Langeweile vergesellschaftet ist,

Erweckung von Gegenvorstellungen entgegenarbeitet. Spitta behauptet (l. c. pag. 59), dass überhaupt alle Schlafmittel, auch die medicamentösen, „nur unter der Voraussetzung der völligen Ruhe des Gemüthes“ wirken.

sehr schläfrig macht, während kühlere Temperatur unter den gleichen Bedingungen längere Zeit wach erhält. Kälte kann sogar den gewollten Schlaf verhindern. Rascher Temperaturwechsel wirkt direct excitirend; ein frischer Windhauch in einem überheizten Zimmer vermag eine unter Umständen sehr peinliche Schläfrigkeit, gegen die man mit Aufgebot aller Willenskraft vergeblich angekämpft hat, spontan zu beseitigen, oder den bereits eingetretenen Schlaf aufzuheben.

Aus allen den genannten Gründen ist der physiologische Schlaf beim Menschen wie bei den meisten Thieren gesetzmässig an die Nacht gebunden, an die Tageszeit, wo in Folge des Mangels der Leben und Kraft spendenden Sonne und der dadurch bedingten Ruhe in der ganzen Natur unsere Sinne von Störungen relativ freier bleiben als am Tage und daher dem Gehirn an sich weniger sensorielle Reize zuströmen. In Uebereinstimmung damit sucht der Schlafbedürftige die natürliche Tendenz zur Abschliessung der Sinnesorgane gegen die Aussenwelt instinctiv zu unterstützen oder, wo sie aus äusseren Anlässen gestört ist, auf künstlichem Wege ihr entgegenzukommen.

Eine vortreffliche Schilderung dieser Verhältnisse giebt Liébeault in seinem grundlegenden Werke.[1]) Ich lasse den betreffenden Passus im Wortlaut folgen; er schreibt: „Von den Psychologen, die sich mit dem gewöhnlichen Schlafe beschäftigt haben, ist bereits beobachtet worden, dass dieser Zustand meist nicht ohne vorhergehende Zustimmung des Geistes eintreten kann. Es ist ferner eine wissenschaftliche Erfahrung, dass man die Dunkelheit und die Ruhe aufsucht, wenn man sich dem Schlafe überlassen will; man bedeckt sich Kopf und Körper, um die Berührung durch zu lebhaftem Luftzug oder den Stich der Insecten zu vermeiden; man legt sich auf ein weiches Bett und verbannt alle Vorstellungen aus seinem Geiste, die ihn übermässig beschäftigen könnten, kurz man schliesst sich von Allem ab, was die Sinne zerstreut und die Geistesthätigkeit activ unterhält; man denkt nur an eins, an das Ruhen, man wiegt sich nur in einer Vorstellung, in der des Schlafens. Und nicht nur der Mensch begiebt sich auf diese Weise in den Schlaf; die warmblütigen Thiere schliessen sich ebenso ab, die Vögel stecken den Kopf unter die Flügel, die Säugethiere flüchten an einen abgeschiedenen Ort oder rollen sich kugelig zusammen, den Kopf zwischen den Pfoten; alle suchen sich einen bequemen Platz und benutzen das Schweigen und die Dunkelheit der Nacht. Das

---

[1]) Liébeault, Der künstliche Schlaf, pag. 7.

Kind macht es schliesslich ebenso, wenn es, von den äusseren Sinnesreizen ermüdet, sich wieder in den Schlaf versenkt. Es krümmt sich unwillkürlich in sich zusammen, schliesst sich auf diese Weise von seiner Umgebung ab und gelangt in den wohlthätigen Ruhezustand, in dem es im Mutterschoosse war . . ." Indem man so alle störenden Reize beseitigt und während der Dauer des Schlafes fernhält, erzielt man jene Herabsetzung der Sinnesfunctionen, durch die erst eine Ruhigstellung der Apperception, eine den Schlaf characterisirende Einengung des Bewusstseins und eine allgemeine Hemmung der centralen Functionen ermöglicht und gefördert wird.

Im Gegensatz dazu wird das Erwachen immer durch einen Sinnesreiz oder durch illusionär verstärkte Traumvorstellung eines solchen ausgelöst. Man hat früher den Sonnenaufgang in eine unmittelbare ursächliche Beziehung zum Erwachen bringen und der Sonne eine Art reflectorischer Reizwirkung auf das gesammte Nervensystem zuschreiben wollen. Bei mancher Thierspecies scheint sich in der That der Schlaf sowohl seiner Dauer nach, wie hinsichtlich seines Eintritts und seiner Unterbrechung, ziemlich genau nach dem Laufe und Stande des Tagesgestirns zu richten; bei ebenso vielen anderen ist dies jedoch nicht der Fall. Beim Menschen lässt sich so viel constatiren, dass die Polarbewohner, trotz der langen Polarnächte den Wechsel von Wachen und Schlafen beibehalten haben und dass der Culturmensch sich am allerwenigsten mit seinen Schlafgewohnheiten in ein directes causales Abhängigkeitsverhältniss zur Sonne setzt. Jene Theorie, zu der sich heutzutage allerdings nur noch Wenige bekennen (z. B. Schleich)[1]), darf deshalb als irrthümlich aufgegeben werden und wir müssen annehmen, dass die allerverschiedensten äusseren Anlässe als Weckungsmittel functioniren.

Liébeault nennt als Ursache des Aufwachens „Alles, was Empfindung, Erregung, Vorstellung ist und die Fähigkeit hat, die nervöse Kraft nach den Sinnen und dem Hirn zurückzuführen".[2]) Zweifellos kann der ganze Sinnesapparat der Träger der treibenden Kraft sein, die unsere psychische Thätigkeit wieder in regen Fluss bringt: bald ist es eine allgemeine Erschütterung, die sich dem Körper von der Umgebung mitteilt, bald ein localer Druck oder eine Berührung der Haut, bald trifft uns ein intensiver Licht- oder Gehörreiz, bald

[1]) Schleich l. c. Vgl. das obige Citat.

[2]) Liébeault, Streifzüge in das Gebiet der passiven Zustände u. s. w. Zeitschr. für Hypn., Bd. I, pag. 271.

werden wir in Folge einer abnormen Temperaturempfindung, in dem einen Falle durch einen über das Gesicht wehenden kalten Luftzug, in dem anderen durch die Abkühlung eines unbedeckt liegenden Körpertheiles, wach. Auch Spontanempfindungen und subjective Gesichts- und Gehörempfindungen vermögen uns ebensowohl zu erwecken, wie äussere Sinneseindrücke; dies trifft ganz besonders zu, wenn solche sinnliche Elemente im Traume einen hallucinatorischen Character annehmen oder eine affective Gefühlsbetonung erhalten. Unter der Voraussetzung, dass alle Träume sich in letzter Instanz wieder von Sinnesreizen ableiten [1]), wird man schliesslich nicht anders können, als die unmittelbare Veranlassung zum Erwachen immer und ausschliesslich in den durch die verschiedenen Sinnesgebieten übermittelten subjectiven und objectiven Empfindungen zu suchen. Einer anderen Auffassung scheint Vogt zuzuneigen, indem er den Hauptnachdruck auf die durch die Erholung bedingte Zunahme der Erregbarkeitsverhältnisse des Grosshirns legt und äusseren Reizen nur einen ganz secundären Einfluss zuschreibt. [2])

Wir werden die Bedeutung sensorieller Momente bei dem Zustandekommen wie bei dem Verschwinden des Schlafes erst recht verstehen lernen, wenn wir noch die experimentell festgestellten Thatsachen in Erwägung ziehen, dass es Thiere giebt, welche bei Verminderung der peripheren Reize sofort einschlafen und dass ferner bei Kranken mit

---

[1]) Weygandt (Entstehung der Träume, Diss. 1893) und Giessler (Aus den Tiefen des Traumlebens 1890) kommen auf verschiedenem Wege zu dem gleichen Resultat, dass die Traumvorstellungen physiologische Ausgangspunkte haben und also „alle Träume sogenannte „Reizträume“ seien“ (Wundt, Phys. Psychologie, Bd. II, pag. 537). Wundt vertritt den gleichen Standpunkt, wenn er schreibt: „Wahrscheinlich sind die meisten, vielleicht sogar alle Traumvorstellungen in Wirklichkeit Illusionen, indem sie von den leisen Sinneseindrücken ausgehen, die niemals im Schlafe erlöschen“ . . . „Mit den durch Sinnesreize erweckten Vorstellungen vermengen sich so theils durch successive Association in der mannigfachsten Weise Erinnerungsbilder“. (Ebenda pag. 536 u. 539.)

[2]) Zeitschr. f. Hypn., Bd. III, pag. 324 „Hat die Erschöpfung des Grosshirns während der Functionsruhe des Schlafes allmählich nachgelassen, so nimmt die Erregbarkeit dieses Hirntheils wieder zu. Die Folge ist eine vermehrte Zuleitung von Neurokymen zum Grosshirn. Dementsprechend wird dem Schlafcentrum ein Theil der bisher ihm zuströmenden Reizenergie entzogen. Andererseits wird durch die zunehmend stärker werdenden Erregungen im Grosshirn das Centrum für functionelle Hyperämie mehr und mehr gereizt. Die Folge dieser Wechselwirkung ist ein allmähliches Erwachen. Dieses kann natürlich durch einzelne stärkere Reize, die mit starker Intensität bis ins Grosshirn eindringen, noch beschleunigt werden. Denn durch sie wird der Schlafanämie um so energischer entgegengewirkt.“

totaler Anästhesie durch Verstopfung der Ohren und Augenschluss momentanes Einschlafen erzielt werden konnte[1]); nach Wundt trifft dies namentlich bei Menschen leicht ein, die wenig gewohnt sind, sich intellectuell zu beschäftigen.[2])

Aehnlich dem Mangel äusserer Eindrücke und der allgemeinen Herabsetzung der Sinnesthätigkeit können andauernde gleichförmige Sinnesreize wirken. „Stille, sowie langweilige, eintönige Vorgänge, welche den Wechsel der Vorstellungen nicht fördern, machen uns schläfrig; ebenso bequeme Lage des Körpers und Dunkelheit. Dabei treten associirte Erscheinungen ein, wie Gähnen, Einnicken, Gliederausstrecken, die das subjective Müdigkeitsgefühl noch erhöhen und die bekanntlich von Mensch zu Mensch sehr ansteckend sind" (Forel).[3]) Es entsteht in solchen Fällen bei hinreichender Dauer eine so intensive Schlafneigung, dass wir willkürlich nicht mehr dagegen ankämpfen können und vom Schlafe übermannt werden.

Zu dieser Rubrik schlaferzeugender Hilfsmittel gehören alle jenen sensoriellen Elemente, welche in ihrem Verlaufe einen monotonen Character oder einen regelmässigen Rhythmus aufweisen, welche nicht durch plötzliche ruckweise Schwankungen dem Apperceptionsorgan beständig neue Impulse zuführen oder durch den raschen Wechsel vielgestaltiger Bilder die Thätigkeit der Aufmerksamkeit in Spannung erhalten. Völlig identisch sind nach dieser Richtung in ihrer Wirkung gleichförmig sich wiederholende Gesichtseindrücke, andauernde einförmige Geräusche oder Töne, die Stetigkeit fortlaufender oder wellenförmiger Bewegungen und schliesslich die Monotonie einfacher Tastreize. Sie alle rufen in uns nach kürzerer oder längerer Zeit ein ausgesprochenes Gefühl der Schläfrigkeit hervor.

Der Anblick einer spiegelnden Wasserfläche, das Glitzern und Flimmern des Lichtes auf den endlos dahinfliessenden Wellen ladet in gleicher Weise unsere Augen zur Ruhe und das Gemüth zum Schlummer ein, wie die Beobachtung eines ohne Unterlass hin- und herschwingenden Pendels mit dem ewigen Einerlei des Tictacs. Säuglinge kann man beruhigen, indem man sie in der Wiege schaukelt oder auf den Armen auf und nieder trägt. Aeltere Kinder lassen sich leicht in Schlaf

[1]) Vgl. die Mittheilungen Vogt's über die Fälle von Strümpell und Ziemssen nebst den diesbezüglichen Literaturangaben. Diese Zeitschr., Bd. III, pag. 318.

[2]) Wundt, Grundzüge der physiol. Psych., Bd. II. pag. 534.

[3]) Forel, Der Hypnotismus, pag. 49.

bringen, wenn man ihnen leise Schlummerlieder vorsingt oder mit gedämpfter Stimme ein monotones Nachtgebet herspricht. Bei Erwachsenen wird das Schaukeln in einem Nachen oder auf einem Schiffe bei leicht bewegter See Schlummer erzeugen, ebenso wie das Fahren in einem Zuge unter Umständen eine einschläfernde Wirkung ausübte. Spitta[1]) erzählt, dass er bei längerer Eisenbahnfahrt öfters von einem unwiderstehlichen Schlaftrieb befallen wurde — „das gleichmässige Rütteln des Wagens, das Summen und Zittern der Scheiben, das regelmässige Vorübertanzen der Telegraphenstangen u. s. f. versetzte mich nach und nach in eine gewisse Lethargie, die nicht selten in tiefen, stundenlangen Schlaf überging". Ich habe die gleiche Beobachtung bei mir gemacht, glaube jedoch die Hauptwirkung dem in tactmässig gegliedertem Rhythmus erfolgenden Pochen und Hämmern der Räder gegen die Schienen, wie es namentlich bei mittlerer Geschwindigkeit der Fahrt entsteht, zuschreiben zu müssen. Unter solchen Umständen, besonders begünstigt durch schwüle Luft, pflege ich unwillkürlich und halb unbewusst in ein innerliches Nachzählen des Tactschlages zu verfallen und brauche dann nur die Augen zu schliessen, um momentan in unbequemster Körperhaltung einzuschlafen. Durch Anhalten des Zuges an einer Station, durch Oeffnen eines Fensters oder einer Thür etc. wird der Schlaf selbstverständlich stets partiell unterbrochen, um mit Fortsetzung der Fahrt wieder zu beginnen. Spitta[1]) theilt ferner mit, dass auch eine Wagenfahrt auf der Landstrasse, an deren beiden Seiten sich Pappelbäume befinden, Schlummer herbeiführe und er glaubt diese Erscheinung gleich den anderen Wirkungen ebenfalls durch Ermüdung erklären zu können. „Die fast alle gleich hohen Bäume, von ganz gleicher und gleichmässiger Form, in ganz gleichen regelmässigen Zwischenräumen, die sich stets gleichbleibende Breite des Weges, die möglichst horizontale Richtung desselben u. s. f., was das herumschweifende Auge erblickt, Alles ist Gleichmässigkeit, Regelmässigkeit, Rhythmus, und es ist daher nicht zu verwundern, dass eine solche Fahrt, wenn sie lange dauert, die ermüdendsten, abspannendsten Wirkungen hervorruft."

Nichts ist verkehrter als dies Alles mit Ermüdung abthun zu wollen, sehen wir doch die ganz gleichen Effecte unter Bedingungen eintreten, wo sich eine Erschöpfung oder Abspannung, sei es auch nur eines einzigen Sinnesorganes, sicherlich ausschliessen lässt. Schon Celsus erkannte, dass man durch leises Streichen der Stirne künstlich

[1]) l. c. pag. 88 u. 89.

Schlaf erzeugen kann; Boerhave[1]) empfiehlt das regelmässige Fallen von Wassertropfen in einen metallenen Kessel gegen Schlaflosigkeit[1]); das Ticken einer Uhr, das Plätschern eines Brunnens oder eines Baches, das Rauschen des Waldes, das Klappern einer Mühle können sehr wirksame Schlafmittel werden. Ein College erzählte mir, dass er regelmässig beim Haarschneiden durch das Geräusch der Scheere geradezu widerstandslos in Schlaf versinke; ein anderer College hat Mühe, die beim Rasiren, in Folge der gleichmässigen Streichungen, sich einstellende Schläfrigkeit niederzukämpfen. Kurz es giebt ungezählte Einschläferungsmittel, deren Wirkungsweise mit einer Ermüdungstheorie sicherlich nicht in Einklang zu bringen ist.

Noch drastischer tritt dies zu Tage, wenn die Schläfrigkeit oder der Eintritt des Schlafes Folge der blossen Vorstellung solcher monotoner Eindrücke oder analoger Vorgänge ist. Viele Menschen sind im Stande, sich durch Reproduction von Zahlenreihen einzuschläfern, andere kommen zum Ziele, indem sie sich das Bild einer gleichmässig stetigen Bewegung vor Augen führen, indem sie lebhaft an ein wogendes Kornfeld denken, wieder andere erzeugen in ihrer Phantasie eine Scene, in der sich eine grosse Menschenmenge durcheinander windet. Auch die Vorstellung, dass man auf offener See in einem Kahne treibe, ist ein beliebter Kunstgriff, um sich in Schlaf zu bringen. Jean Paul[1]) schliesslich empfiehlt zur Beruhigung eines erregten Gemütes und um die dem Schlafe günstige Langeweile und Interesselosigkeit herbeizuführen die Reproduction einförmiger ins Unendliche verlaufender Vorstellungsreihen, er meint z. B. man solle sich vorstellen, wie endlose Blumenguirlanden in einen unermesslichen Abgrund sinken.

Fragen wir nun nach der zunächst etwas geheimnissvollen Wirkungsweise solcher verschiedenartiger Ursachen, so liesse sich eine Erklärung wohl am einfachsten so geben, dass die Aufmerksamkeit durch alle die genannten Factoren mehr oder weniger absorbirt und von intellectuellen Beschäftigungen abgelenkt wird. Es entsteht dadurch jene geistige Oede und Trägheit, welche dem Schlaf immer vorausgeht und damit wiederum sind jene centralen Veränderungen in der neurodynamischen Constellation eingeleitet, — mögen sie nun zur bewussten Schlafvorstellung führen oder mögen sie sich als unbewusste rein physiologische Reflexe abspielen — welche das eigentliche Wesen des Schlafes ausmachen. Ist aber erst einmal das Schlafcentrum von irgend einem

[1]) Nach Spitta a. a. O. pag. 59.

Puncte aus in Thätigkeit gesetzt, so ist ein spontanes Weiterfunctioniren des Mechanismus durch seine reflectorische Natur von selbst gegeben; mit anderen Worten, der einmal ausgelöste Schlaftrieb steigert sich aus sich selbst heraus und muss, sofern nicht eine Störung des Vorganges erfolgt, unweigerlich tieferen Schlaf nach sich ziehen.[1]) Dass dem so ist, kann man in praxi an jedem Menschen beobachten, der einmal von Schläfrigkeit befallen ist; derselbe wird sich vergeblich des Schlafes zu erwehren suchen, wenn er nicht Gelegenheit hat, sich zu zerstreuen oder anzuregen, sei es nun dass er ein Gespräch anknüpft, eine Cigarre anzündet oder sonst irgendwie seine Aufmerksamkeit künstlich beschäftigt und die erschlaffende geistige Energie durch immer erneute Impulse wach erhält. Wir brauchen also weder dort, wo wirkliche Dauererregung eines Sinnesorganes vorliegt, noch viel weniger in den Fällen, wo es sich nur um die Vorstellung eines solchen Reizes handelt, eine besondere Ermüdung des betreffenden Sinnesgebietes anzunehmen, um die Schlafwirkung zu erklären, wir kommen mit einem, allerdings nur hypothetischen Schlafcentrum, vollkommen aus.

Es erübrigt jetzt noch, eines psychischen Factors Erwähnung zu thun, welcher bei dem Einschlafen wie beim Erwachen eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt, nämlich jener Erscheinung, die man im vulgären Sprachgebrauch die Gewohnheit nennt. Der tägliche Nachtschlaf richtet sich im Allgemeinen fast ausschliesslich nach der langgeübten Gewohnheit; der Durchschnittsmensch schläft wie es ihm die Sitte seines Standes und seiner Umgebung gebietet, wie es seine Lebensverhältnisse und seine Lebensweise mit sich bringen, er pflegt den einmal angenommenen Cyclus in der Regel streng einzuhalten, und er muss ihn einhalten, wenn er keine Störungen seines Wohlbefindens oder seiner Bequemlichkeit erleiden will.

Die Gewohnheit, zu einer bestimmten Stunde einzuschlafen ruft fast regelmässig jeden Tag um die betreffende Zeit eine unwiderstehliche Schlafneigung hervor. „Aber auch ein bestimmter Ort, die Stimme

---

[1]) Vgl. Vogt, Zur Kenntniss etc. Diese Ztschr., Bd. III, pag. 321. Er setzt „eine Ruhestellung des Grosshirns als Bedingung für das Zustandekommen des Schlafes voraus“ und schreibt dann weiter: „In gleicher Weise wirken monotone Reize. Sie sorgen, indem sie eine Zuleitung zu dem von ihnen erregten Centrum bewirken, zunächst für eine Herabsetzung der Erregbarkeit in der übrigen Hirnrinde. Sie führen dann weiter allmählich zu einer Ermüdung des von ihnen erregten Centrums. So gewinnt schliesslich das Schlafcentrum an Erregbarkeit die Oberhand über jenes. Es wird diesem jetzt die gesammte disponible Reizenergie zugeführt: die Schlafanämie tritt ein.“

einer bestimmten Person, das Liegen in einem gewissen Lehnstuhl, wo man gewöhnlich einschläft, das Anhören einer Predigt, das Liegen in einer bestimmten Körperstellung, beim Hans eine Rosshaar-, beim Jacob eine Federmatratze u. s. w. u. s. w., vor Allem der Lidschluss sind sehr gewöhnliche schlaferregende Mittel" (Forel).[1] Diese Angewöhnung kann sich so tief einwurzeln, dass jede geringste Verschiebung in den äusseren Verhältnissen auf einige Zeit Schlaflosigkeit oder zum mindesten Erschwerung des Einschlafens nach sich zieht. Es giebt Leute, besonders alte, an sich schon zu Insomnie neigende Hypochonder, die in keinem Hotelbett schlafen können oder die sich so sehr an ihr Schlafzimmer gewöhnt haben, dass sie nach einem Wohnungswechsel stets unter Schlaflosigkeit leiden. Bekannt ist es auch, dass viele Menschen nur auf einer Seite oder mit dem Gesicht nach der Wand gekehrt, einschlafen, bei anderen müssen sogar gewisse Handlungen dem Schlaf vorangehen, damit er erfolgen kann (Lecture, Aufziehen der Uhr etc.).[1] Forel erzählt, dass sein zweijähriges Söhnchen, welches sich gewöhnt hatte, mit einem Taschentuch in der rechten Hand, am Gesicht angelegt, einzuschlafen, lange Zeit nicht mehr einschlafen konnte, als ihm jenes weggenommen wurde.

Noch drastischer sind jene Fälle, wo das Fehlen eines für Andere als Störung imponirenden gewohnten Geräusches das Einschlafen erschwert. Wer sich einmal daran gewöhnt hat, wird nur in einem Zimmer leicht einschlafen, in dem eine Pendeluhr geht, und wer wochenlang auf dem Meere fuhr, wird die erste Zeit Mühe haben, in Schlaf zu kommen, wenn er wieder am Lande angelangt ist.

Liebeault[2]) citirt den merkwürdigen, kaum glaublichen Bericht eines Artilleriecapitäns, dass er bei der Belagerung von Sebastopol nach Sistirung der Beschiessung tagelang nicht mehr so gut schlafen konnte, wie während der Kanonade und er fügt diesem Curiosum die eigene Beobachtung hinzu, dass er selbst, als er in der Nähe eines Bahnhofes wohnte, in Folge der gelegentlichen Unterbrechung der Bahnstrecke anfangs unruhig schlief, weil die eingetretene Stille seinen Schlummer störte. Dass das plötzliche Aufhören eines bestimmten Reizes sogar spontanes Erwachen herbeiführen kann, erfahren wir von den Müllern, die aufwachen, sobald ihr Mühlwerk stillsteht, ferner aus den Mittheilungen von Passagiren grosser Dampfer, die erwachen, wenn

[1]) Forel, Der Hypnotismus etc., pag. 49f.
[2]) Ztschr. f. Hypn., Bd. I, pag. 272.

die Maschine aufhört zu arbeiten und damit der gewöhnliche Lärm verstummt (Vogt).[1])

Eine einheitliche Erklärung der genannten Phänomene ist bisher noch nicht gelungen. Forel fasst Alles, was mit Gewohnheit und associirter Angewöhnung bezeichnet wird, unter dem Begriffe der „unbewussten Autosuggestion" zusammen, Vogt dagegen sucht die Begründung der durch Gewohnheit bedingten Schlafwirkungen in associativen Bahnungen, welche sich zwischen den entsprechenden Empfindungen oder Vorstellungen und den Elementen der Schlafvorstellung ausgebildet haben. „Wo wir ohne vorherige Erschöpfung oder besonders ausgesprochenes Fernhalten von Reizen einschlafen, da können wir nachweisen, dass an dem betreffenden Ort, oder zu der betreffenden Tageszeit oder bei dem bestimmten Bewusstseinsinhalt ein Schlaf früher öfter aufgetreten ist. Wir haben da also immer eine associative Verknüpfung." Mutatis mutandis müsste diese Auffassung auch auf die Schlafstörungen verursachenden Vorgänge, sowie auf das gewohnheitsmässige Erwachen ausgedehnt werden. Ueberall hätte man das Resultat „bahnender Reize" und „associativer Verknüpfungen" vor sich.

Damit sind die Bedingungen, aus denen sich der normale Schlaf eines gesunden Menschen zu entwickeln pflegt, erschöpft. Ich war genöthigt, in diesem Zusammenhang Thatsachen zu erwähnen und Verhältnisse zu berühren, welche auf den ersten Blick sich als banale, Jedermann geläufige Alltäglichkeiten präsentiren und die ausser aller Beziehung zur hypnotischen Heilbehandlung zu stehen scheinen.

Auf solche Einzelheiten einzugehen wurde ich hauptsächlich dadurch veranlasst, dass die Erfahrung immer wieder zeigt, — eine Erfahrung, welche auch Lloyd Tuckey[3]) bei seinen englischen Collegen gemacht hat — wie sehr die Mehrzahl der Aerzte geneigt ist, mit einer gewissen Geringschätzung von dem zu sprechen, was man die Technik der hypnotischen, im weiteren Sinne der suggestiven Behandlung nennt. Ich wurde dazu ferner gedrängt durch die Beobachtung, dass die Unterschätzung oder Nichtbeachtung von Nebenumständen, von sog. Kleinigkeiten eine wesentliche, nicht selten sogar die einzige Ursache der Misserfolge ist, denen Anfänger in der Hypnotherapie häufig ausgesetzt sind. Und schliesslich wurde ich consequenterweise dazu ver-

---

[1]) Ztschr. f. Hypn., Bd. III, pag. 318.

[2]) Ebenda, pag. 322.

[3]) Lloyd Tuckey, Psychotherapie oder Behandlung mittels Hypnotismus und Suggestion. Dtsch. von Dr. Tatzel, 1895, pag. 142.

leitet durch die Ueberlegung, dass, unter der Voraussetzung der Identität von Schlaf und Hypnose, nur die genaue Kenntniss der von der Natur gegebenen, gewissermassen physiologischen Schlafursachen das Verständniss für den Vorgang des künstlichen Einschläferns sichert und gegenüber den Schwierigkeiten der Praxis die Gewähr ausreichender Hilfsmittel zur Erzeugung künstlicher Schlafzustände bietet.

Literaturzusammenstellung
über
Aphasie.
Von
Oskar Vogt.

Die folgenden Zeilen enthalten eine Zusammenstellung der neuesten Literatur über den aphasischen Symptomencomplex. Dieselbe umfasst die Literatur seit Anfang des Jahres 1896, in einzelnen Fällen noch auf das vorhergehende Jahr zurückgreifend. Es sei dabei darauf hingewiesen, dass die äusserst wichtige Arbeit Mirallies „de l'aphasie sensorielle" bereits in dieser Zeitschrift (Bd. V, pag. 365 ff.) besprochen wurde.

Von einer systematischen Ordnung der Arbeiten habe ich absehen müssen, da zu oft ganz verschiedene Gesichtspunkte von den Autoren behandelt werden. Dagegen habe ich eine solche Anordnung des Stoffes gewählt und geeignete Arbeiten so eingehend referirt, dass diese Literaturzusammenstellung auch zur Einleitung in die Lehre von der Aphasie dienen kann.

Es sind theoretische Gesichtspunkte, von denen aus diese literarische Zusammenstellung erfolgt. Aus dem Studium der erworbenen Sprachdefecte soll zunächst die Psychologie der normalen Sprache Nutzen ziehen. Diese hinwiederum, so durch pathologische Ausfallserscheinungen beleuchtet, kann uns die inductive Erschliessung allgemeinerer psychologischer Gesetze ermöglichen. Schliesslich aber wollen wir an der Hand der organisch bedingten Sprachdefecte tiefer in die Erkenntniss des Zusammenhanges zwischen Körperlichem und Psychischem eindringen.

Um diesen Aufgaben möglichst gerecht zu werden, muss nun aber andererseits die Lehre von der Aphasie anderweitige Fortschritte der Psychologie der normalen Sprache, wie neue psychophysiologische und psychopathologische Erkenntnisse berücksichtigen. Wir wollen dieser Forderung eines Verhältnisses gegenseitiger Wechselbefruchtung zwischen Tochter- und Mutterdisciplin und zwischen zweien Schwesterwissenschaften wenigstens in dieser Zusammenstellung soweit Rechnung tragen, dass wir die Fortschritte der Psychologie der normalen Sprache berücksichtigen werden. Andere psychophysiologische und psychopathologische Zusammenstellungen werden in separater Form folgen.

In den Referaten wird die Wiedergabe der thatsächlichen Beobachtungen den Hauptplatz einnehmen. Wie besonders von Déjerine mit Recht gegeisselt worden ist, hat die Speculation zu oft eine ungebührliche, ja die Vertiefung unseres Wissens schädigende Rolle in den Arbeiten über Aphasie gespielt, während die methodologische Untersuchung des Beobachtungsmaterials zu wünschen übrig liess oder zum wenigstens nicht weiter vertieft wurde. Wir haben darauf schon bei Besprechung der Arbeit Miralliés aufmerksam gemacht.

Die einzelnen Referate sind möglichst objectiv gehalten. Nur hier und da wird eine kurze kritische Bemerkung hinzugefügt werden. Dagegen werden in einer Reihe von dieser Zusammenstellung unabhängiger Artikel unter Berücksichtigung auch der älteren Literatur die einzelnen Probleme der Aphasie und die allgemeine Bedeutung der aphasischen Erkenntnisse behandelt werden.

Um die Zusammenstellung der einzelnen Beobachtungen übersichtlicher zu gestalten, ist dem klinischen Status das folgende Schema zu Grunde gelegt. Das Schema selbst wird in einem besonderen Artikel noch näher besprochen werden.

Schema für den klinischen Status:

I. Sprachliche Ausdrucksweise.

1. Spontane.

A. **Articulation.**

B. **Diction.**

a. Aeussere Form.

α. Zahl der angewandten Wörter, vertraute — wenig vertraute in verschiedenen Sprachen;

β. grammatische und syntactische Form.

b. Substantieller Inhalt.

α. Anwendung sprachlich existirender Wörter in Beziehung zu ihrer Bedeutung,

Paraphasie {mit / ohne} secundäre Erkenntniss des Fehlers;

β. Anwendung sprachlich nicht existirender Wörter. Jargonaphasie.

2. Unter besonderen Bedingungen.

A. **Unter dem Einfluss specieller Sinneseindrücke.**

a. Nachsprechen.

α. Mechanismus desselben:

Willkürliches Nachsprechen,

Automatenhaftes {bei einer allgemeinen Tendenz zur Imitation, / als isolirtes Symptom von Imitation} {bei allgemeiner Denkhemmung oder Schwachsinn, ohne diese Zustände.}

β. Umfang correcten Nachsprechens.
Articulation der einzelnen Wörter
bekannter — unbekannter.
Diction vorgesprochener Sätze.

b. Benennung eines auf irgend ein Sinnesorgan wirkenden Objectes bei sicherer Erkenntniss desselben.

c. Laute Lectüre.
Bei Fehlern {mit / ohne} secundäre Erkenntniss des Fehlers.

B. Unter anderweitigen Einflüssen. Veränderung von Befund von I. 1.

a. bei Recitation früher auswendig gelernter Worte (Alphabet, Zählen etc.) und Sätze.
α. ohne } Gesang.
β. mit }

b. bei Aussprache eines unbekannten Textes unter Zuhilfenahme einer bekannten Melodie.

c. Unter dem Einfluss eines starken Affectes.

Hier ist besonders auf die sogenannte „Affectsprache" zu achten, d. h. auf die Thatsache, dass ausgeprägt motorisch Aphasische zuweilen unter dem Einfluss eines starken Affectes ein Wort aussprechen, dass sie sonst nicht auszusprechen vermögen.

Anhang:

1. Befund der sprachlichen Betonung (Intonation, Accentuation, Modulation, Rhythmus).
2. Befund bezüglich des Ausdruckes einer Melodie ohne Worte bei ehemalig Musikalischen.

II. Perception und Reproduction der auditiven Wortbilder.

1. Perception vorgesprochener Worte.

Vorbemerkung: Perception von Gehörseindrücken im Allgemeinen.

A. Primäre Identification (Wernicke).

Vorgesprochene Worte werden identificirt (assimilirt) als:

a. Geräusche.

b. Worte {α. in ihrer Lautzusammensetzung unbekannte, / β. bekannte.}

B. Secundäre Identification (Wernicke).

a. Mechanismus derselben.
Worte werden in ihrer Bedeutung erkannt
α. nachdem der Pat. sie {willkürlich / automatenhaft} {nachgesprochen oder / nachgeschrieben hat;}
β. sofort.

b. Umfang derselben.
Das Wortverständniss ist vorhanden für

α. einzelne Worte
gebräuchliche — weniger gebräuchliche
eventuell in mehreren Sprachen;
β. ganze Sätze
kurze — längere.

2. Reproduction auditiver Wortbilder.

A. Combination vorgesagter einzelner Buchstaben zu Worten.

B. Erregung der entsprechenden auditiven Wortbilder durch die bezüglichen Objectbilder.

a. Die Objectsbilder stellen ihrerseits dar:
α. Sinnesempfindungen;
β. Erinnerungsbilder {concrete / abstracte} Objectbilder.

b. Die Erregung der entsprechenden Wortbilder erfolgt:
α. ohne Weiteres;
β. nur durch Wahl aus einer beschränkten Zahl vorgesagter oder vorgezeigter geschriebener Worte.

Anhang: Entsprechender Befund für
1. Gebärdensprache,
2. Musik.

III. Perception und Reproduction der visuellen Wortbilder.

Vorbemerkungen: Sehschärfe, Gesichtsfeld, Farbensinn, Perception und Reproduction anderweitiger Gesichtseindrücke.

1. Perception.

A. Primäre Identification.

a. Identification isolirter Buchstaben der verschiedenen Alphabete und Schriftformen und der Ziffern als
α. Zeichnerische Formen;
β. {irgendwelche / die diesbezüglichen} Schriftzeichen.

b. Identification ganzer Worte
α. durch Combination der einzelnen Buchstaben;
β. durch Erkennung als Embleme, d. h. ohne Verständniss für die einzelnen Elemente.

B. Secundäre Identification.

Lectüre mit Verständniss:
a. leise,
b. laute.

2. Reproduction.

A. Einfache Functionen.

Erregung der Buchstabenbilder
a. durch eine entsprechend passive Bewegung eines Körpertheils,
b. willkürlich.

B. Complicirte Functionen.
a. Buchstabiren,
b. Rechnen.
Anhang: Lectüre von Noten.

IV. Schrift.
Vorbemerkung über die Fähigkeit Gesichtsbilder zeichnerisch wiederzugeben.

1. Schrift in der Form der graphischen Zusammenstellung der einzelnen Elemente (Buchstaben oder Ziffern).

A. Spontane Schrift.
a. Aeussere Form (Schrift in ihrer zeichnerischen Wiedergabe),
b. Inhalt
α. äussere Form der Diction
Ziffern, Buchstaben, Zahlen, Worte, Sätze;
β. substantieller Inhalt
Paragraphie mit oder ohne secundäre Erkenntniss.

B. Schrift unter besonderen Bedingungen.
a. Schriftliche Bezeichnung von Objecten.
b. Schrift auf Dictat.
Veränderung eines so wiedergegebenen Inhalts im Verhältniss zu A. b.
α. Mit Verständniss des Sinnes,
β. mit nachträglichem Verständniss,
γ. ohne Verständniss.
c. Schrift als Copie.
α. Copie als Zeichnung,
β. Copie mit Umsetzung gedruckter Lettern in solche der handschriftlichen { mit primärem Erkennen der Bedeutung der Schriftzeichen, / mit Erkennen dieser Bedeutung secundär nach der Copie, / ohne Verständniss für die Bedeutung.

2. Schrift als Wiedergabe von Emblemen.
Anhang: Spontane oder willkürlich erzielbare Spiegelschrift mit der linken Hand, totale oder partielle.

---

1. *H. Charlton Bastian*, Some Problems in Connexion with Aphasia and other Speech Defects. The Lancet. 1897.

Die folgenden Ausführungen, die drei Vorlesungen vor dem Royal College of Physicians of London darstellen, handeln von den „erworbenen Sprachdefecten" bei Personen, die zuvor diese Fähigkeiten besassen.

Verfasser wendet sich zunächst den verschiedenen Arten von Worterinnerungsbildern zu. Einleitend bemerkt er da, dass man das Gedächtniss, das Vorhandensein latenter Erinnerungsbilder, vom Reproductionsvermögen dieser unterscheiden muss. Bei Defecten muss man dem entsprechend einen Verlust von Erinnerungsbildern („Loss

of memory") vom Verlust des Reproductionsvermögens („Loss of recollection") unterscheiden. Letzterem kann eine Herabsetzung der Erregbarkeit eines Centrums von Erinnerungsbildern oder ein Defect in zuleitenden Associationsfasern zu Grunde liegen. Ersterer beruht auf einer Zerstörung eines entsprechenden Centrums.

Unter den Worterinnerungsbildern unterscheidet Verfasser 1. auditive, 2. visuelle und 3. kinästhetische Wortbilder. Unter den letzteren muss man die „glossokinästhetischen" und die „cheirokinästhetischen" unterscheiden.

Entsprechend dieser Unterscheidung nimmt Verfasser vier topographisch getrennte Centra im Gehirn an. Das auditive, visuelle und glossokinästhetische „Wortcentrum" localisirt er in üblicher Weise. Für das Schreibwortcentrum giebt er keine genauere Localisation an. Bezüglich des glossokinästhetischen und des cheirokinästhetischen Centrums will Verfasser durch die Worte von vornherein andeuten, dass er (wie er bereits früher in „The Muscular Sense: its Nature and Cortical Localisation", Brain 1887 und „On the Neutral Processes Underlying Attention and Volition" Brain 1892 ausführte) in jene Centren die sich auf den Muskelsinn beziehenden Erinnerungsbilder localisirt.

Die bezüglichen organischen Centra sind in enger associativer Verbindung. Die relative Wichtigkeit der einzelnen Centren ist individuell verschieden. Doch spielt das auditive Centrum — wie Verfasser zuerst 1869 hervorgehoben hat und jetzt wohl zumeist angenommen ist — zumeist die Hauptrolle.

Entsprechend diesen Thatsachen muss man getrennt die Wirkungen der folgenden Verletzungen studiren:

1. in den verschiedenen Wortcentren;
2. in den verschiedenen Commissuren;
3. in den Fasern, die von den kinästhetischen Centren zu den subcorticalen Kernen führen;
4. in diesen subcorticalen Kernen selbst.

Vor Beginn der diesbezüglichen Ausführungen wendet sich Verfasser einigen anderen Fragen zu.

Für die primären Wortbilder beim leisen Denken erklärt Verfasser entgegen der Ansicht Jackson's und Stricker's die auditiven. Das Kind kann — bevor es zu sprechen gelernt hat — nur auditive Erinnerungsbilder haben. Dieses Verhältniss wird bestehen bleiben. Verfasser erklärt es für einen irrthümlichen Versuch, diese Frage durch die Feststellung zu lösen, welche Art von Wortbildern am meisten im Bewusstsein ist. Für die grosse Mehrzahl der Menschen nimmt Verfasser an, dass die primäre Erregung eines Wortbildes als „subconscious process" im Gehörcentrum stattfindet, dann dem glossokinästhetischen Centrum zuströmt und dann so eine subcorticale Innervation veranlasst. Je nach dem der Mensch schreiben oder sprechen will geht die Hauptbewegung vom auditiven Wortcentrum zum visuellen oder zum kinästhetischen. Nur in einzelnen Fällen mag das visuelle Centrum an Bedeutung das auditive übertreffen. Die „Moteurs" leugnet Verfasser.

Die Erregung secundärer Wortbilder durch primäre findet für gewöhnlich durch doppelsinnige Leitung zwischen auditivem und glossokinästhetischem, zwischen auditivem und visuellem, zwischen visuellem und cheirokinästhetischem Wortcentrum statt. Für den Taubstummen, wie für den Visuellen muss man eine directe Verbindung zwischen visuellem und glossokinästhetischem Centrum annehmen, für den Blinden eine solche zwischen dem auditiven und dem cheirokinästhetischen Wortcentrum. Die Bahn fordert Verfasser auch für solche Wortblinde, die spontan und auf Dictat schreiben können.

Ueberhaupt können Wortbilder erregt werden: 1. durch Sinnesreize, 2. durch Association und 3. durch den Willen. Der 2. und 3. Modus sind unter sich eng verwandt; nur ist der letztere complicirter. Bei Herabsetzung der Erregbarkeit erlischt zuerst der 3., dann der 2. und zuletzt der 1. Modus.

Die Ursache der prädominirenden Localisation in der linken Hemisphäre ist unbekannt. Ihre nächstliegende Aetiologie ist die Entwicklung zum Rechtshänder.

Verfasser geht dann auf die Frage ein, ob neben den Perceptionscentren noch besondere Centren der Ideeation existiren. Der erste, der dieses behauptet habe, sei Broadbent („On the Cerebral Mechanism of Speech and Thought" 1872). Dieser habe die Ansicht aufgestellt, dass in gewissen Centren eine primitive Perception stattfände und dass hernach eine höhere Conception durch Convergenz von Sinneseindrücken aus den verschiedenen Sinnescentren in ein gemeinsames intermediäres Rindengebiet zu Stande käme. Diese intermediären Rindengebiete bilden in der Umgebung der Sinnescentren eine Art höherer Centren. In dieser Richtung hätten dann Kussmaul, Charcot, Bernard, Ballet, Grasset u. A. ähnliche Theorien entwickelt. Verfasser hebt dann hervor, dass die Lehren Flechsigs nur eine Wiederaufnahme der Anschauungen Broadbents darstellen. Für den Verfasser ist die Ideeation auf die gleichzeitige Arbeit der verschiedenen Sinnescentren zurückzuführen. Diese Lehre, die auch von Watteville, Ross, Allen Starr und Wyllie vertreten wird, habe er aufgestellt und aufrecht erhalten, weil psychologische Ueberlegungen gegen und keine pathologischen Thatsachen für ein „Centrum für Wahrnehmungen" spräche. Höchstens will Verfasser den Grenzgebieten eine besondere Stellung als „annexes" einräumen.

Verfasser beginnt dann sein eigentliches Thema. Nomenclatorisch bemerkt Verfasser, dass er die motorische Aphasie als „Aphasie", die subcorticale motorische Aphasie als „Aphemie" und die sensorischen Aphasien als „Amnesien" zu bezeichnen vorschlägt.

I. Structurdefecte in dem glossokinästhetischen und cheirokinästhetischen Centrum.

Verfasser spricht sich bezüglich der Folgen der motorischen Aphasie im Gesammtmechanismus der Sprache dahin aus, dass das glossokinästhetische Centrum:

1. einen individuell verschieden starken, aber immer

nur geringen bahnenden Einfluss auf das auditive Wortcentrum habe;

2. bei genügend gebildeten Personen ebensowenig wie das auditive Wortcentrum das visuelle Wortcentrum zu unterstützen braucht, um ein Lesen zu ermöglichen;

3. zerstört, nicht Agraphie zur Folge zu haben braucht.

Viele Fälle, wo gleichzeitig neben der motorischen Aphasie eine Alexie besteht, ist der Herd sehr viel grösser und zieht er das visuelle Wortcentrum in Mitleidenschaft. In solchen Fällen wird dann entsprechend der grösseren Ausdehnung des Herdes gleichzeitig eine mehr oder weniger vollständige Anästhesie constatirt. Zur Illustrirung dieser Auffassung führt Verfasser zwei Beobachtungen an.

Fall 1. Frau, 32 Jahr alt, Rechtshänder, r. leichte Hemiplegie mit unvollkommener Hemianästhesie:

I. Kann willkürlich mit guter Articulation sagen: „Yes", „No" und „Yes, I know," und hat einmal gesagt „Good night".

Kann nichts Anderes sagen: weder spontan, noch nachsprechen. Kann keine gezeigten Objecte benennen.

II. Auditive secundäre Identification herabgesetzt. Kennt die Namen für gesehene Objecte.

III. Fast vollständige verbale und litterale Alexie. Sie erkennt einzelne kurze Worte äusserer Objecte. Liest Ziffern und einfache Zahlen. Kann nicht rechnen.

IV. Agraphie complet. Copie als Zeichnung.

Keine Section.

Fall 2. Frau, 17 Jahre alt, herzkrank, 8. VI. Morgens beim Erwachen r. Hemiplegie und im Verlaufe des Tages Verlust der Sprache. Mehrtägiges Verwirrtsein.

Stat. praes. 20. VI.

Paralyse des r. Arms, Beins und Gesichtsfacialis mit Hemianästhesie. Keine Hemianopsie. Intelligenz gut.

I. Konnte nur „Yes", „No" und „Oh, dear" sagen. Wandte „Yes" oft verkehrt an, erkannte aber den Fehler.

Konnte keine anderen Worte nachsprechen, keine Gegenstände benennen.

II. Kein Defect notirt, aber auch keine feineren Prüfungen vorgenommen.

III. Erkennt isolirte Buchstaben. Alexie für Worte.

22. VI. Kann kurze Worte mit Häsitation und undeutlicher Aussprache nachsprechen.

27. VI. Kann jetzt bis 10 zählen, die Wochentage nennen, auch gewöhnliche Gegenstände richtig benennen und kurze Worte lautlesen.

Lectüre kurzer Worte mit Verständniss.

2. VII. Beginnt in kurzen Sätzen zu sprechen. Aussprache noch undeutlich.

8. VII. Sprache noch besser.

Liest laut einige Reihen von kurzen Worten mit einigen Fehlern und Auslassungen.

Rechtsseitige Hemianästhesie besteht noch.

Die organische nicht subcorticale motorische Aphasie ist nur selten ohne Agraphie. Dieses Factum der meist gemeinsamen Erkrankung der beiden diesbezüglichen Centren ist zurückzuführen:

1. auf die anatomische Nachbarschaft der Centren. Dabei kann das eine Centrum in Folge der organischen Erkrankung des anderen nur in seiner Function gestört sein;

2. auf eine gemeinsame Zerstörung der beiderseitigen Associationsfasern mit dem auditiven und visuellen Wortcentrum.

Verf. ist dann bestrebt, Fälle einer organischen nicht subcorticalen motorischen Aphasie ohne Agraphie anzuführen. Verf. citirt in diesem Sinne überzeugt die Fälle Ogle's und Banti's und einen Fall Wadham's.

Verf. berichtet dann zwei neue Beobachtungen.

Fall 3. Thätiger und intelligenter Mann hat unter Convulsionen einen apoplectischen Insult mit Paralysie der *r.* Seite und totaler Aphasie. Anfangs auch geistig verwirrt. Nach 2—3 Wochen begann er Worte zu verstehen. Nach 9 oder 10 Monaten sprach er „bi-bi-bi", „poy-boi-bu" und „no". Nach 15 Monaten war er im Stande, „yes" und „no" in passender Anwendung zu gebrauchen. Auf diesem Standpunkt ist die motorische Aphasie stehen geblieben. Dagegen hat Pat. gelernt — wenn auch langsam, so doch in Sätzen zu schreiben. Er versteht und liest alles. Kann in beschränkter Weise richtig rechnen. Er schreibt *l.*, da seine *r.* Hand noch zu schwach ist. Er leidet an rechtsseitigen convulsiven Attaquen.

In der Epikrise erklärt Verf., dass er in diesem Falle an eine nicht die zweite Stirnwindung in Mitleidenschaft ziehende Erkrankung der dritten Stirnwindung denkt.

Fall 4. Eine unveröffentlichte Beobachtung von Dr. Dickinson.

Matrose, 49 Jahre alt, gebraucht beide Hände gleich gut.

Nach psychischer Erregung motorische Aphasie mit rechtsseitiger Hemiplegie.

Konnte Anfangs nur „no" sagen, nichts nachsprechen.

Schrieb vollständig normal *l.*

Langsame Besserung der motorischen Aphasie, bis er am Abend des 24. Tages plötzlich die Fähigkeit der motorischen Sprache ganz wieder gewann.

Im Anschluss an diese Feststellungen wendet sich Verf. dann der Frage nach der Existenz eines „speciellen Centrums für die Registrirung und Regulirung der Schreibbewegungen" zu. Hier bekämpft Verf. energisch die Lehre Wernicke's und Déjerine's. Auf Wernicke's Einwand, das Schreiben sei nur ein Copiren, antwortet Verf., dass nach dieser Logik auch das Broca'sche Centrum überflüssig sei. Das Schreiben mit anderen Körpertheilen sei viel roher. Ebenso beweist die Thatsache, dass gewisse Wortblinde durch das Nachziehen von Buchstaben lesen können, die Existenz eines cheirokinästhetischen Centrums. Der Fall endlich, den Déjerine

beobachtete, wo ein Patient, der Linkshänder war, aber mit der rechten Hand schrieb, nach einer linksseitigen Hemiplegie mit motorischer Aphasie gleichzeitig Agraphie zeigte, hätte eine complicirtere Erkrankung dargeboten. Auf den wesentlichsten Einwand, dass der an nicht subcorticaler motorischer Aphasie Leidende nicht nur Agraphie zeigt, sondern auch seine Fähigkeit zu buchstabiren verloren hat und dementsprechend auch Buchstaben, die er einzeln kennt, nicht zu Worten zusammensetzen kann, auf diesen Einwand geht Verf. nicht ein.

Eine andere Frage sei nun allerdings die, ob das Schreibwortcentrum räumlich ganz vom allgemeinen Armcentrum zu trennen sei. Die drei zu Gunsten einer räumlichen Trennung citirten Fälle von Bar, Henschen und Charcot-Dutil sind nicht beweiskräftig. Den beiden Fällen Pitres kann eine Faserunterbrechung zwischen auditivem und visuellem Wortcentrum ohne Symptomenbild der sensorischen Aphasie zu Grunde liegen.

Wenn so auch nicht das Schreibwortcentrum genau localisirt werden kann, so spricht für seine Existenz eine Ungleichheit zwischen dem Grade der motorischen Aphasie und der Agraphie, wie sie z. B. in zwei Fällen von Broadbent und einem von Ogle beobachtet wurde.

Verf. giebt schliesslich folgendes Schema von der Agraphie:

Agraphie

Complete	Uncomplicirte	Zerstörung des cheirokinästhetischen Centrums, Zerstörung der visuo-kinästhetischen Associationsfaserung,
	Complicirte mit Wortblindheit	Zerstörung des visuellen Wortcentrums.
Partielle	Kein spontanes Schreiben oder auf Dictat; aber Copie. Keine Worttaubheit.	Zerstörung der audito-visuellen Associationsfaserung.
	Dasselbe, aber Worttaubheit	Zerstörung des auditiven Wortcentrums.
	Kann spontan und auf Dictat schreiben, aber nicht copiren; Wortblindheit.	Zerstörung des visuellen Wortcentrums. Isolation des visuellen Wortcentrums von allen zuleitenden Fasern.

II. Defecte in dem auditorischen und visuellen Wortcentrum.

Verfasser bekämpft eine classificatorische Zusammenfassung der diesbezüglichen Krankheitsbilder als sensorische Aphasie. Die so zusammengefassten Krankheitsbilder zeigen eine grosse Reihe verschiedener Bedingungen, die separat betrachtet werden müssen.

1. Unter den aus abnormen Bedingungen des linken auditiven Wortcentrums resultirenden Defecten unterscheidet Verfasser leichtere und schwerere Formen.

a. Partielle Functionsstörung.

Willkürliche Erinnerung und Benennung von Objecten herabgesetzt. Auditive Wortperception nicht weiter gestört. In ausgeprägten Formen kann es zur Echolalie kommen. Mit dieser existirt fast immer gleichzeitig ein allgemeiner geistiger Defect.

Verfasser berichtet über zwei eigene Beobachtungen.

Fall 5. Frau, 81 Jahre alt, seit Jahren beträchtlich taub, hat sie nach einer leichten Infectionskrankheit zunehmende Schwierigkeit sich auf Worte zu besinnen (Amnesie verbalis). 18 Monate nach Beginn dieser Erscheinung Auftreten von Paraphasie.

Status praesens nach weiteren 6 Monaten:

I. Spontane Anwendung langer Sätze mit dem Fehlen der meisten Substantiva. Konnte Objecte meist nicht bezeichnen. Laute correcte Lecture.

II. Verstand alles, was zu ihr gesagt wurde.

III. Lecture correct und mit Verständniss. Kennt den Werth des Geldes und kann rechnen.

IV. Schrift:

Störungen wie in der motorischen Sprache.

Fall 6. Frau, 65 Jahre alt, hat seit 5 Monaten Schwierigkeit, beim Sprechen die passenden Worte zu finden. Schwerhörigkeit seit langer Zeit. Keine Attaquen, keine Lähmung.

Status praesens:

I. Articulation intact.

Spontane Sprache mit Auslassung einzelner Worte und der Unfähigkeit, manche Substantiva zu finden.

Lautes correctes Lesen.

b. Zerstörung des Wortcentrums.

Diese hat nicht — wie aus den Fällen von Claus, Wernicke und Girandeau hervorgeht — eine complete motorische Aphasie oder Paraphasie nothwendig zur Folge.

Wir müssen als Folgen unterscheiden: 1. vollständige motorische Aphasie, 2. Paraphasie, 3. eine Einschränkung des motorischen Sprachvermögens. Diese Variationen können in folgender Weise erklärt werden.

a. Eine erste Möglichkeit, wo bei completer Worttaubheit die motorische Sprache ziemlich intact ist, ist die, dass nur die zuleitenden Fasern zerstört sind. (Lichtheim's isolirte Worttaubheit.)

b. In vielen Fällen mit Paraphasie kann die Schädigung des auditiven Wortcentrums derartig sein, dass die Perception unmöglich ist, unter dem bahnenden Einfluss des visuellen Wortcentrums aber noch Paraphasie zu Stande kommt.

c. Bei Visualisten kann da, wo neben Worttaubheit keine Wortblindheit existirt, das Broca'sche Centrum direct von dem visuellen Wortcentrum erregt werden. (Besonders ein Fall von Pick.)

d. In Fällen, wo neben Worttaubheit Wortblindheit existirt, muss das mehr oder weniger erhaltene motorische Sprachvermögen auf das compensatorische Eintreten des *r.* auditiven Centrums zurückgeführt werden. Eine selbstthätige Thätigkeit der Broca'schen Stelle ist einerseits nicht anzunehmen,

andererseits resultirten aus vier Beobachtungen doppelseitiger Erkrankung der ersten Schläfenwindung drei Mal absolut unsinnige Sprachäusserungen.

Verfasser hebt dann weiter hervor, dass der Fall Pick's von einer isolirten Worttaubheit ganz anderer Natur sei als derjenige Sérieux's.

2. Unter den Störungen des visuellen Wortcentrums unterscheidet Verfasser Wortblindheit mit oder ohne Agraphie. Unter den letzteren unterscheidet er zwei Gruppen. Bei Auditiven und gleichzeitig geübten Schreibern kann dieses Symptomenbild sich bilden infolge Zerstörung des visuellen Wortcentrums. Verfasser deutet je einen Fall Broadbent's und Osler's in diesem Sinne und neigt auch einen Fall Charcot's hierher zurechnen. Dementsprechend stellt Verfasser einen „parietalen Typus reiner Wortblindheit" dem Déjerine'schen occipitalen Typus gegenüber. Er erklärt die Differentialdiagnose intra vitam für unmöglich; doch kämen folgende Punkte in Betracht:

Parietaler Typus.	Occipitaler Typus.
Möglichkeit einer rechtsseitigen Parese.	Wahrscheinlich keine rechtsseitige Parese, aber Möglichkeit einer leichten Hemianästhesie.
Sprache oft leicht paraphasisch.	Motorisches Sprachvermögen nicht afficirt, höchstens eine leichte Amnesia verbalis.
Keine Hemianopsie oder Hemiachromatopsie.	Hemianopsie oder wenigstens Hemiachromatopsie.

Bezüglich der pathologisch-anatomischen Bedingungen der Déjerine-schen Form bemerkt Verfasser, dass er eine associative Verbindung des rechtsseitigen Lichtfeldes mit dem untergeordneten *r.* visuellen Wortcentrum und dann eine Commissurverbindung zwischen diesem visuellen Wortcentrum mit dem anderseitigen annimmt und dass dementsprechend eine Faserunterbrechung in dieser Commissur, wie zwischen linkem Lichtfeld und *l.* visuellen Wortcentrum vorliegen muss.

Bezüglich der Fälle wo *l.* auditives und visuelles Wortcentrum zerstört war, constatirt Verfasser ebenfalls, dass man neben totaler motorischer Aphasie Paraphasie oder eine sehr eingeengte sprachliche Ausdrucksweise constatirt hat. In den letzteren Fällen erklärt er das Fehlen einer vollständigen Sprachlosigkeit durch das compensatorische Eintreten der *r.* Hemisphäre. Verfasser theilt eine eigene Beobachtung mit.

Fall 7. Frau 53 Jahre, hatte eine Attaque mit mehrtägiger Bewusstlosigkeit.

Hernach bis zum Tode (3 Wochen nach dem Beginn der Attaque) complete Aphasie (Sprachlos, worttaub und wortblind) neben rechtsseitiger Hemiplegie.

Sectionsbefund: Rechte Hemisphäre frei von Herden. In der linken Hemisphäre eine grosse Erweichung, den unteren Theil der aufsteigenden Parietalwindung, die Supramarginalwindung, die Angularwindung und die

beiden ersten Temporalwindungen umfassend, in der Tiefe den äusseren Theil des Thalamus und des Corpus striatum zerstörend und nach hinten in den Anfangstheil des Lobus occipitalis sich erstreckend.

Fassen wir zum Schluss noch einmal kurz die Stellung Bastian's zu einigen der in letzter Zeit am meisten discutirten Probleme zusammen, so lässt sich sagen, dass der Verfasser:

1. ein selbstständiges Schreibcentrum im Wesentlichen anerkennt,
2. an einer Unabhängigkeit der einzelnen Sprachcentren weitgehend festhält,
3. der anderen Hemisphäre eine — allerdings untergeordnete — Bedeutung bei der Sprachbildung zuschreibt,
4. die prädominirende Rolle der auditiven Wortbilder von Neuem betont und
5. noch fortfährt, einzelne rein vermuthete Krankheitsbilder zu beschreiben, z. B. eine isolirte Zerstörung der audito-visuellen Associationsfaserung.

2. *H. Charlton Bastian*, On a Case of Amnesia and other Speech-Defects of eighteen Years' Duration with Autopsy. Medico-Chirurgical Transactions. Vol. 80. London 1897.

Mann, 1846 geb., nüchtern, keine Syphilis, reine Herztöne.

Mitte XII. 77 ein hemiplegischer Insult mit *r.* Paralyse und aphasischen Symptomen.

Seit jener Zeit Rindenepilepsie. Schwankende Parese der *r.* Seite mit stärkster Ausprägung im Arm und Herabsetzung aller Sensibilitätsqualitäten. Verminderung der Gehörsschärfe und Kurzsichtigkeit.

Status der Sprachfunctionen:

2. IV. 78.

I. 1. Kann kein Wort spontan richtig sagen; sagt anstatt seines Vornamens Thomas „Touvers" anstatt l „d" oder „v". Er merkt seine sprachlichen Fehler.

2. A. a. Nachsprechen nicht besser.

b. Kann richtig erkannte Objecte nicht benennen.

c. Bei lauter Lectüre absolute Jargonaphasie.

B. a. Seit seiner Erkrankung hat Pat. von Neuem gelernt, bis 12 zu zählen, was er annähernd gut thut.

II. 1. Percipirt vorgesprochene Worte richtig.

2. Verwirft bei Gegenständen, die er nicht benennen kann, falsche Namen und erkennt die richtigen als solche.

III. Erkennt Zahlen von 1—9.

Zeigt keine Reaction auf geschriebene Fragen.

Er kann Geldstücke nicht benennen, scheint aber ihren Werth zu erkennen.

1879.

I. 1. Spontane Sprache sehr begrenzt. Zwei Mal hat er einen kurzen Satz gesprochen, sonst immer nur einzelne Worte und kurze Ausdrücke.

2. A. a. Wiederholt vorgesprochene kurze Worte correct, aber Sätze mit schlechter Diction.

c. Laute Lectüre unmöglich: höchstens mal ein einzelnes „a" oder „o".

B. a. Zählt correct bis 20, nennt das Alphabet bis „i".

II. Intact. (Wohl nur gröbere Prüfungen.)

III. Leise Lectüre mit Verständniss.

IV. 1. A. Spontane Schrift für Buchstaben unmöglich. Kann Ziffern schreiben.

B. a. Schrift auf Dictat, mit Ausnahme einzelner Buchstaben, unmöglich.

b. Copirt mit linker Hand als Zeichnung.

2. Schreibt auch den Namen nicht als Emblem.

1886. Intelligenz intact.

I. 1. In der spontanen Sprache wendet Pat. kaum Verba oder Adjectiva an. Um sein Alter (49 Jahre) zu nennen, sagt er „forty" und zählt dann von 1—9. Um den heutigen Wochentag zu nennen, muss er mit „Sunday" beginnen.

2. A. b. Kann einzelne vertraute Objecte mit kurzen Namen benennen.

c. Kann vereinzelte Buchstaben und kurze Worte, aber keine Sätze laut lesen.

B. a. Kann das Alphabet jetzt bis „u" hersagen, nennt die Wochentage.

II. Anhang: Erkennt Melodien.

1894.

Status idem. — Tod.

Sectionsbefund:

In der linken Hemisphäre Erweichung des hinteren Theils der Centralwindungen, der Supramarginal- und Angularwindung, der hinteren zwei Drittheile der ersten Schläfenwindung und der angrenzenden Partie der 2. Schläfenwindung mit secundären Degenerationen in der inneren Kapsel, im Thalamus opticus, der Brücke und der Pyramide.

Eine genauere Untersuchung des Gehirns hat nicht stattgefunden.

Epikrise. Als klinische Interpretation des anatomischen Befundes giebt Verf. die Annahme, dass bei der allmählichen Erweichung der linken Hemisphäre die rechte compensatorisch eingetreten sei.

3. *Brunet*, Observation d'aphasie stationaire pendant trente-huit ans. Arch. de Neurologie. 1897. Numéro 20.

Es handelt sich um einen Fall, den schon Trousseau beschrieben hat.

Mann, 21 Jahre alt, wird, nachdem er mehrere Tage an Kopfschmerzen litt, rechtsseitig hemiplegisch und aphasisch. Leichte Besserung der Hemiplegie, besonders des Beines. Aphasie blieb stationär.

Nach 4 Jahren (1863) Stat., von Trousseau gegeben.

I. 1. Kann nur sagen „Non" und „Maman". Giebt auf jede Frage diese Worte als Antwort, erkennt aber secundär das Unsinnige seiner Antworten.

II. Versteht Fragen vollständig.

IV. Schreibt mit der linken Hand sehr leserlich seinen Vor- und Nachnamen, aber nichts Anderes.

Status aus den letzten Jahren:

Leichte Abnahme der Intelligenz. Sehr fleissig in seiner körperlichen Beschäftigung. Paralyse des Beines und des Armes. Sensibilität intact.

I. 1. Spricht deutlich „Non maman“, aber nichts Anderes.

Bedient sich correct der Gebärdensprache.

II. Versteht Fragen vollständig.

III. Alexie. — Spielt schlecht Domino.

IV. Schreibt seinen Namen, reiht sonst sinnlose Buchstaben aneinander. Kann nicht copiren.

Tod 11. XII. 96 an einer Pneumonie.

Sectionsbefund:

Gewicht der rechten Hemisphäre 575 g, der linken 325, des Kleinhirns 140, der Brücke 16, der Medulla oblongata 7 g. Summa = 1063 g.

In der linken Hemisphäre ein grosser Herd, der in der Breite von der 3. Schläfenwindung bis zum unteren Scheitellappen und den Centralwindungen und der Länge von der 3. Stirnwindung bis zu der 3. Occipitalwindung die gesammte Rindenmasse mit dem unterliegenden Mark zerstört hat. Die 1. und 2. Schläfenwindung, der Lobulus angularis und die Insel sind vollständig zerstört, die 3. Stirnwindung und der untere Scheitellappen sehr atrophisch. — Im Uebrigen im Gehirn keine makroskopischen Verletzungen.

Epikrise. Verf. hebt hervor, dass einmal, trotzdem der Pat. in jugendlichem Alter erkrankt und noch 38 Jahre gelebt, keine Besserung durch Eintreten der rechten Hemisphäre eingetreten sei, andererseits aber trotz Zerstörung der linken 1. und 2. Schläfenwindung eine Worttaubheit nicht existirt hat.

4. *B. Bramwell,* Illustrative Cases of Aphasia. Lancet, 1897.

Fall 1.

Anamnese.

Frau, 34 Jahre alt, der Syphilis verdächtig, sonst immer gesund. Gute Leserin, schlechte Schreiberin. Rechtshänder. Kennt keine Noten.

Mitte IX. Beginn heftiger remittirender Kopfschmerzen, die besonders nachts stark sind. Ca. 20. X. Beginn eines undeutlichen Sehens, gleichzeitige intellectuelle Hemmung und Gedächtnissabnahme. Schwierigkeit im Antworten in Folge allgemeiner Hemmung. Keine Verminderung des Wortverständnisses. Unfähigkeit zu lesen und zu schreiben.

Status präsens Mitte XI.

I. Partielle optische Aphasie, sonst normal.

II. Wie I.

III. Leichte Neuritis optica. Rechtsseitige bilaterale temporale Hemianopsie mit starker Einengung des linken Gesichtsfeldes. Centrales Sehen intact, Farbensinn intact.

1. a. γ. Erkennt einzelne Buchstaben richtig.

b. Liest keine Worte, die Zahlen schwierig.

IV. Absolute Agraphie jeder Form.

Ungeschicklichkeit in den Bewegungen der rechten Hand, sonst normaler Befund.

Weiterer Verlauf.

Rapide Besserung. Im Verlauf derselben:

Konnte Worte richtig buchstabiren, ohne sie schreiben zu können.

Konnte ferner das visuelle Erinnerungsbild vom Buchstaben a reproduciren im Bewusstsein, ohne ihn bereits schreiben zu können.

Der Reihe nach schwand:

1. die optische Aphasie;
2. Alexie bei noch vollständiger Agraphie;
3. dann erst die Agraphie.

Epikrise.

Verfasser nimmt einen syphilitischen Herd in dem Gyrus angularis der linken Hemisphäre an mit vollständiger functioneller Störung der Associationsfasern zu dem Bewegungscentrum des Armes und Herabsetzung der Leistung der Fasern zur Wernicke'schen Stelle.

Die Incoordination der rechten Hand möchte Verfasser auf Erkrankung des linken Scheitellappens zurückführen.

Fall 2.

I. Optische Aphasie, sonst normal.

II. Wie I.

III. Rechtsseitige homonyme laterale Hemianopsie. Zu Anfang Seelenblindheit.

Absolute Alexie für Buchstaben und Zahlen.

Fähigkeit des Buchstabirens erhalten.

IV. Schrift spontan und auf Dictat, aber mit Alexie.

Zittern in der rechten Hand mit leichter Coordinationsstörung ohne tactile Sensibilitätsstörung oder motorische Schwäche.

Die Fähigkeit des Lesens wurde nur in sehr geringem Grade wieder gewonnen.

Status idem 4 Jahre hindurch bis zum Tode.

Keine Section.

Fall 3.

Anamnese.

Mann, 58 Jahre alt, hatte vor 8 Monaten Attaque mit Verwirrtsein, Paraphasie und Parese des rechten Arms.

Status praesens.

I und II normal.

III. 1. Gesichtsfeld normal, Sehschärfe normal.

Kannte eine Reihe einzelner Buchstaben.

Las die meisten Zahlen; Alexie für Worte.

2 a. Pat. konnte kurze Worte, die er nicht lesen konnte, durch Nachziehen mit der Hand erkennen.

IV. Beinahe vollständige Agraphie.

Weiterer Verlauf.

Besserung der Alexie, besonders für Zahlen.

Nach 3 Monaten neue Attaque: Rechtsseitige homonyme laterale Hemianopsie mit beinahe wieder vollständiger Alexie und Agraphie.

Weiterhin noch mehrere apoplectische Attaquen; zuletzt optische Aphasie.

Sectionsbefund.

Ausgedehnte Erweichung in der weissen Substanz des linken Occipital- und Perietallappens bei Intactsein des Gyrus angularis. — Herde in der rechten Hemisphäre, Cerebellum etc.

Eine mikroskopische Untersuchung fehlt.

Fall 4.

Verfasser hat diesen Fall schon 1887 in Edinburgh Medical Journal publicirt.

Status praesens 21. III., 2 Monate nach der Attaque.

Paralyse des rechten Arms.

I. 1. Wendet einzelne Worte correct an, kann aber nicht in Sätzen sprechen.

2 a. Nachsprechen besser.

b. Kann bekannte Gegenstände nur theilweise benennen.

II. Keine Worttaubheit; das Wortverständniss war nur früher gestört.

Erkennt die vorgesagten Namen für Gegenstände, die er seinerseits nicht bezeichnen kann.

III. Sehschärfe normal.

1. A. a. Absolute Blindheit für Buchstaben und Ziffern.

b. β. Erkennt einzelne zusammengesetzte Wörter, ohne die einzelnen Buchstaben lesen zu können.

IV. Schrift spontan und auf Dictat unmöglich.

Konnte links copiren.

Weiterer Verlauf bis zum 20. VI.

Paralyse des Arms gebessert, der Hand unverändert.

I. 1. Wortreichthum grösser; Patient spricht aber noch nicht in Sätzen.

III. Pat. zeigt für Buchstaben noch vollständige Alexie.

IV. Pat. kann einzelne Buchstaben schreiben (mit Alexie).

Agraphie für Worte.

Fall 5.

Anamnese.

Hat zu schreiben nicht gelernt.

Status praesens.

I und II normal (Grobe Prüfung).

III. Einengung des Gesichtsfeldes, besonders rechts. Pat. konnte einzelne Buchstaben und einige kurze Worte lesen, machte aber vielfach Fehler.

Sectionsbefund.

In der linken Hemisphäre ausgedehnte alte Erweichung der weissen Substanz des Occipitallappens, der Angularwindung und der hinteren Partie der ersten Schläfenwindung.

Keine mikroskopische Untersuchung des Gehirns.

Epikrise.

Verfasser hebt den Gegensatz zwischen Nichtexistenz der Worttaubheit

und der Erkrankung der ersten *l.* Schläfenwindung hervor. Verfasser muss aber einräumen, dass er die Patientin die letzten Monate vor dem Tode — während welcher Zeit sie sich psychisch verschlechtert hatte — nicht gesehen hat und er eine Gleichaltrigkeit der gesammten Erweichung nicht beweisen konnte.

Fall 6.

Anamnese.

Mann, 42 Jahre alt, zeigt aphasischen Symptomencomplex Morgens beim Erwachen.

Status praesens (8. IX, 5 Tage später).

I. 1. Sagt nur „no" und „yes".

II. Keine Worttaubheit.

III. Rechtsseitige homonyme laterale Hemianopsie.

Absolute Alexie.

IV. Absolute Agraphie.

Parese des rechten Armes und Beines.

Weiterer Verlauf.

9. X. Parese beinahe geschwunden; Sprachfähigkeit gebessert.

10. X. I. Motorische Aphasie bedeutend gebessert.

Kann ein gezeigtes Messer nicht benennen.

III. Liest einzelne Ziffern richtig, aber keine Zahlen.

Liest seinen Namen, sonst vielfach Paralexie.

IV. Paragraphie.

Schreibt nur die beiden Buchstaben „a" und „b" richtig.

Copirt leicht.

13. X. Bedeutende Besserung.

Beginnt Worte zu schreiben, zeigt dabei die Eigenthümlichkeit, dass er einige Worte von rückwärts schreibt. So schreibt er statt „Dog" „God", liest aber hernach „dog".

Fall 7.

Anamnese.

Mann, 50 Jahre alt. Nach einer ersten Attaque ohne Bewusstseinsverlust leichte rechtsseitige Hemiplegie. Nach einer 2. aphasische Störungen.

Status praesens (nach $1^1/_2$ Monaten).

Motorische Kraft des rechten Armes normal.

I. Spontanes Sprechen und Nachsprechen intact; doch berichtete die Frau von paraphasischen Störungen.

III. Liest keine Ziffern.

Liest alle einzelnen Buchstaben falsch oder dafür ein Wort, das jenen Buchstaben zum Anfangsbuchstaben hat: z. B. statt „G" George, statt „n" „nearly", „James" für „J".

Liest einige kurze Worte richtig.

IV. Schreibt seinen Namen; schreibt spontan „I am getting better" mit nachheriger Alexie.

Kann nicht auf Dictat schreiben.

Fall 8.

Anamnese.

Frau, vor 15 Jahren Attaque von Bewusstlosigkeit mit nachfolgender vollständiger rechtsseitiger Hemiplegie, Hemianästhesie, motorischer Aphasie, Alexie, Agraphie, Unfähigkeit zu singen, ohne Worttaubheit.

Allmählich leichte Besserung der Hemiplegie, Heilung der Facialislähmung. Besserung der motorischen Aphasie, besonders in den zwei letzten Jahren. Besserung der Alexie. Keine Besserung der Agraphie. Fähigkeit des Singens allmählich wieder gewonnen.

Status praesens.

Paralyse des Armes und Beines.

I. Annähernd normal; Pat. zeigt nur einige Schwierigkeit bei der Aussprache langer schwieriger Worte. Benennt gezeigte Gegenstände richtig.

II. Kein Defect.

III. Gesichtsfelder auf das centrale Sehen concentrisch eingeengt.

Liest die einzelnen Ziffern und Buchstaben.

Liest Zahlen und kurze Worte. Liest allgemein Zahlen leichter als Buchstaben und Worte.

IV. Schreibt ohne Mühe ihren Namen: und zwar rechts in gewöhnlicher Richtung und links in spontaner Spiegelschrift.

Schreibt einzelne kurze Worte mit grosser Mühe rechts und links in gewöhnlicher Richtung. Nur „cat" schreibt Pat. links mit spontaner Spiegelschrift.

Fall 9.

Anamnese.

Mann, 63 Jahre alt, nach dreitägigen temporären Sprachstörungen vollständige motorische Aphasie und rechte Hemiparese. Keine allgemeinen psychischen Störungen.

Status praesens.

I. Absolute motorische Aphasie.

II. Kein Defect nachweisbar.

III. Wahrscheinlich rechte homonyme Hemianopsie.

Complete Alexie.

IV. Complete Agraphie.

Weiterer Verlauf.

Arm kräftiger.

Der aphasische Symptomencomplex ist derselbe; Patient kann seinen Namen schreiben.

Fall 10.

Anamnese.

Mann, 34 Jahre alt, Rechtshänder.

Vor 4 Jahren rechte Gesichtsneuralgie mit Oculomotoriuslähmung.

Vor 3 Jahren linke Hemiplegie mit dauernder Schwäche im Bein. Seitdem aphasische Symptome.

Status praesens.

Keine Sensibilitätsstörung; Sehnenreflexe links mehr gesteigert; Emoivität, leichte Neigung zu Lustgefühlen.

I. und II. normal.

III. Gesichtsfeld, besonders rechts, stark eingeengt. Spuren einer Neuritis.

Liest gedruckte Worte bedeutend besser als geschriebene. Kann kurze Worte richtig lesen.

IV. Paragraphie in Form von Silben- oder Ziffernintoxication: z. B. statt 10 = 10001.

Epikrise.

Verf. hebt den Gegensatz zwischen den aphasischen Störungen und der linken Hemiplegie hervor.

Fall 11.

Anamnese.

Frau, 26 Jahre alt, Rechtshänder, musikalisch.

11 Tage nach einer Entbindung vorübergehend Taubheit und Parese des linken Armes.

Am folgenden Tage (2. XII.) Beginn eines mehrtägigen Zustandes von Benommenheit. Gleichzeitig keine Reaction auf die stärksten Geräusche. Allmählich Abnahme der Taubheit. Patientin beginnt zu sprechen und versteht bei absoluter Worttaubheit einzelne geschriebene Worte. Zunehmende Besserung.

Status praesens (10. I.).

Keine Paralyse, keine Sensibilitätsstörungen, Reflexe normal. Keine stärkere Intelligenzstörung; gutes Gedächtniss.

I. 1. Spricht spontan; kann sagen, was sie will. Zeigt aber Spuren einer früher stärkeren Paraphasie. Sie war hauptsächlich paraphasisch für Substantiva. Wenn Patientin ein Wort nicht aussprechen konnte, so buchstabirte sie es zunächst. Dann konnte sie es aussprechen.

2. a. Willkürliches Nachsprechen ohne Verständniss erhalten.

b. Keine optische Aphasie.

c. Las laut, aber monoton aus einem medicinischen Buche vor.

II. Hörfähigkeit normal.

Seit 14 Tagen Besserung der bis dahin completen Worttaubheit.

Patientin versteht zur Zeit einzelne Worte und ganz kurze langsam und deutlich gesprochene Sätze. Häufig musste ein Wort mehrfach wiederholt werden. Patientin verstand den Sinn einer Frage unter Umständen dann, wenn man ein unverstandenes Wort durch ein synonymes ersetzt. Sie antwortet immer erst nach langer Zeit. Sie braucht anscheinend viele Zeit zum Erfassen eines Satzes. Der Gatte sagt, dass die Frau besser versteht, wenn sie den Sprecher nicht sieht, wenn in einiger Entfernung langsam und leise gesprochen wird. Versteht Kinder besser als Erwachsene. Oft wiederholt Patientin anscheinend automatisch den letzten Theil einer Frage und erkennt darauf ihre Bedeutung. Z. B. Gefragt, „Are you better?“ wiederholt sie „better“, zeigt erst dann Verständniss für dieses Wort und spricht „yes, better“. Auf Aufforderung wiederholt sie ohne Verständniss die Frage: „Do you like to come to Edinburgh?“ Auf die Aufforderung hin, die Frage niederzuschreiben, thut sie dieses, nachdem sie es nochmals nachgesprochen hat. Und nun versteht sie die Frage.

Absolute Amusie.

III. Sehschärfe und Gesichtsfeld normal.

Las kurze Sätze in gedruckten und geschriebenen Lettern mit Verständniss. Erkannte so Sätze, die sie durchs Gehör nicht verstand.

Kann rechnen, aber langsam.

IV. Schrieb schlechter als sie sprach.

Weiterer Verlauf.

Anfangs fortschreitende Besserung; dann eine weitere Attaque mit Tod. Keine Section.

Fall 12.

Anamnese.

Mann, 25 Jahre alt, leidet an einem Herzfehler. Rechtshänder.

21. XI. 92. Attaque ohne Bewusstseinsverlust mit motorischer Aphasie und rechtsseitiger Paralyse. Konnte 3 Worte sagen: „No", „Chronicle", „Conscience". Keine Worttaubheit. Volles Wortverständniss. Konnte die Initialen seines Namens schreiben, aber nicht den vollen Namen.

Seither Aphasie nicht gebessert; Paralyse fast ganz verschwunden.

Status praesens (6. XII.).

Intelligenz intact.

I. 1. Patient konnte mit grossen Schwierigkeiten, aber im richtigen Sinne „Yes" und „No" anwenden.

2. Konnte nicht besser nachsprechen.

Konnte nicht laut lesen.

II. Intact.

III. Anscheinend keine Alexie.

IV. Konnte besser schreiben als sprechen. Kann aber nicht alles schreiben, was er möchte. Zeitweise Paragraphie und Jargonagraphie. Buchstaben gut geformt.

Weiterer Verlauf.

21. XII. Im Affect ein Mal „ten" gesagt. Sonst Status idem.

14. I. 93. Spricht jetzt einzelne Worte, aber keine Sätze.

2. II. Konnte unvollkommen kurze Sätze sagen. Schreibt besser.

Weitere Besserung; Agraphie vollständig geheilt.

1. III. Neue Attaque ohne Bewusstseinsverlust. Rechte Hemiplegie, besonders des Mundfacialis und des Armes.

7. IV. Neuer Status praesens.

Complete Paralyse des rechten unteren Facialis. (Bestand bis zum Tode 3 Jahre später.) Deutliche Parese des rechten Armes. Ebenso Nachschleppen des rechten Beines. Rechte Anästhesie, weniger im Bein.

I. Gegen früher nicht verändert.

II. Gehörschärfe rechts geringer.

Sonst intact.

III. Concentrische Gesichtsfeldeinengung, besonders rechts. Percipirt schneller im linken Gesichtsfeld.

Theilweise Alexie.

IV. Theilweise Agraphie.

Weiterer Verlauf.

16. V. Parese des Armes und Beines gebessert.

9. IV. 96. I und II unverändert.

III. Las mit Fehlern, aber im Allgemeinen fliessend.

IV. Konnte einzelne kurze Sätze richtig schreiben, auch eventuell solche Worte, die er zuvor falsch gelesen hatte.

Schreiben kurzer Sätze auf Dictat nicht immer möglich.

Copie möglich.

Tod 10. VI. 96.

Sectionsbefund:

In der linken Hemisphäre vollständige Zerstörung der Broca'schen Windung, einer schmalen Partie des hinteren Endes der zweiten Frontalwindung, des unteren Endes der Central- und Parietalwindungen, der vorderen zwei Dritttheile der ersten und zweiten Schläfenwindung, eines Theiles des vorderen unteren Theiles der Supramarginalwindung und eines Theiles der Angularwindung in Folge von Erweichung.

Epikrise.

Verfasser führt die Besserung der motorischen Aphasie auf Compensation durch die rechte Hemisphäre zurück und tritt auf Grund des Sectionsbefundes der Ansicht entgegen, dass die das Schreiben veranlassenden Impulse ihren Weg über das Broca'sche Centrum nähmen.

Mit Bezug auf diesen, wie auf andere der mitgetheilten Fälle tritt Verfasser entschieden der Lehre entgegen, dass an den Sprachfunctionen ausschliesslich die linke Hemisphäre betheiligt sei.

(Fortsetzung folgt.)

Referate und Besprechungen.

I. Psychotherapie.

Dr. Friederike Oberdieck, Beitrag zur Kenntniss des Alcoholismus und seiner rationellen Behandlung. Aus der psychiatrischen Klinik in Zürich (Prof. Forel). Archiv für Psychiatrie, Bd. 29, Heft 2, S. 545.

Das kleine Werk, welches in erster Linie eine Statistik über alle in den Jahren 1879—1894 in der Irrenanstalt Burghölzli, sowie seit der Gründung der Trinkerheilstätte Ellikon im Jahre 1889 auch daselbst untergebrachten, an allen Formen des Alcoholismus erkrankten Personen beiderlei Geschlechts darbietet, bringt daneben manch treffende Betrachtung über Entstehung, Verlauf und Folgen dieser „Krankheit", sowie über die Wechselbeziehungen zwischen Alcoholismus und Geisteskrankheiten und die Frage der Heredität; es liefert somit auch in casuistischer Beziehung werthvolle Beiträge und ist gewiss geeignet, die zweifellos noch vielfach bestehende „unbegreifliche Verständnisslosigkeit und Gleichgültigkeit gegenüber der Alcoholfrage" in ärztlichen Kreisen beseitigen zu helfen. —

In Bezug auf die Behandlung der Trinker sind zwei Perioden zu unterscheiden, bedingt durch die seit September 1886 eingeführte „rationelle, causale, die Aetiologie berücksichtigende Therapie". Bekanntlich erstrebt Forel im Gegensatz zu der noch am alten Vorurtheil klebenden Mehrheit eine dauernde, absolute Abstinenz und scheut sich keineswegs, selbst nicht im Stadium des Delirium tremens, die sofortige, völlige Entziehung einzuleiten. Er hat bei Durchführung dieser Methode nicht nur keine Nachtheile gesehen, vielmehr wesentlich bessere Heilresultate zu verzeichnen gehabt als in früherer Zeit, und Ref. selbst hatte noch vor einem Vierteljahre Gelegenheit, unter der liebenswürdigen Führung des Herrn Prof. Forel die Anstalt Burghölzli zu besichtigen und sich durch Rücksprache mit vielen mehr oder weniger lange in Behandlung Befindlichen von ihrem Wohlbefinden unter dieser Behandlung und ihren ernsten Vorsätzen für die Zukunft zu überzeugen. —

Hypnose ist in relativ nicht sehr zahlreichen Fällen angewandt worden, und dann weniger, um nach Wetterstrand's Vorgange den Kranken directen Abscheu vor dem Alcohol beizubringen und ihnen so den Hang zum Trinken zu verleiden, als um durch die Suggestion die Durchführung des sonst auch so geleisteten

Abstinenzgelübdes und des Eintrittes in Enthaltsamkeitsvereine bezw., wenn der Zustand es noch erfordert, Trinkerasyle, worin der um Förderung dieser Bestrebungen so hoch verdiente Forscher erst die Gewähr wirklicher Heilung sieht, zu erleichtern und zu sichern. Sjöström-Köln.

Th. Ziehen, Behandlung der einzelnen Formen des Irreseins. Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten von Penzoldt und Stintzing. Jena, Fischer. 1896. 68 Seiten.

Es ist der erste Versuch einer derartigen Darstellung und verdient deshalb schon das grösste Interesse. Die Eintheilung ist dieselbe, die Verf. seinem 1894 erschienenen Lehrbuche der Psychiatrie zu Grunde gelegt hat; er unterscheidet: I. Psychosen ohne Intelligenzdefect, und unter diesen einfache, die wiederum in affective und intellectuelle zerfallen, und zusammengesetzte Psychosen, II. Defectpsychosen, und unter diesen angeborenen und erworbenen Schwachsinn. Bei der Behandlung der einzelnen Krankheitsformen wird überall die Wichtigkeit einer zweckmässigen Beschäftigung mit Recht betont. Von Franklinisation oder Galvanisation des Kopfes hat Verf. nie nennenswerthe Erfolge gesehen, ebensowenig von Scheiteleinreibungen, weshalb er von Anwendung dieser Behandlungsarten abräth. Was die Hypnose anbetrifft, so sagt Verf. mit Recht, dass ihr therapeutischer Werth für die Psychiatrie im Allgemeinen ein sehr geringer sei; dagegen ist er der Ansicht, dass sie speciell bei hysterischen Psychosen mit grossem Vortheil angewandt werden könne, und räth, sich auf die Suggestion längeren Schlafens und ruhigen Aufwachens zu beschränken. Sjöström-Köln.

C. Liebermeister, Suggestion und Hypnotismus als Heilmittel. Psychotherapie. Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten von Penzoldt und Stintzing. Jena, Fischer. 1896. 28 Seiten.

Manches sehr Richtige, dann aber nicht originelle, vermengt mit Begriffen und Ansichten, die entweder längst widerlegt und veraltet sind, oder denen wir unseren Widerspruch entgegensetzen müssen.

Wenn Verf. in den einleitenden Capiteln, die entsprechend den jetzt gültigen Anschauungen den Begriff der Suggestion und Hypnose klarlegen, sagt, dass durch allzuhäufig vorgenommene Hypnose ein Mensch in seinem psychischen Verhalten derart geschädigt werden kann, dass „eine Willensschwäche und eine psychische Nachgiebigkeit entsteht, die schon in das Gebiet der pathologischen Zustände gehört“, wobei er zwar betont, „dass es überhaupt kein wirksames Heilmitttel gebe, welches nicht bei unzweckmässiger oder übertriebener Anwendung auch schaden könne“, so wäre da doch hervorzuheben, dass gerade hier in der Hypnose selbst gleich das beste und sicherste Gegenmittel liegt, da man bekanntlich mit entsprechender Suggestion leicht diesen Folgen vorbeugen bezw. schon aufgetretene im Keime unterdrücken kann. Aber Verf. giebt, obgleich er ausführt, dass man wegen ev. Schädlichkeiten beim übermässigen Genuss von Alcohol und Morphium doch nicht ersteren als Genuss-, letzteres als therapeutisches Mittel streichen werde, obgleich er die von Grossmann herausgegebenen Gutachten „der hervorragendsten wissenschaftlichen Vertreter des Hypnotismus“ erwähnt, aus denen einstimmig die Möglichkeit eines Schadens nur bei unzweckmässiger Anwendung hervorgehe, weshalb er mit Recht die Forderung aufstellt, dass man die Ausübung der thera-

peutischen Hypnose nur dem Arzt in die Hand gebe, doch der Suggestion im Wachen gegenüber „dem eingreifenderen Verfahren der Hypnotisirung" den Vorzug, wenn er auch da, wo erstere nicht ausreichte, auch von der Hypnose Gebrauch gemacht hat."

Nach einem recht hässlichen Ausfall gegen die Gutachten der Sachverständigen im Process Czynski und Erwähnung seiner eigenen ersten Erfahrungen als Student über die Wirkung der Suggestion beim „Tischrücken" und „Tischklopfen" giebt sich Verf. an eine Schilderung seiner Suggestionsmethoden. Er unterscheidet: 1. directe Suggestion; 2. indirecte (verdeckte) Suggestion, wobei die Wirkung zum grossen Theil der Autosuggestion überlassen wird; 3. conträre Suggestion bei zum Widerspruch geneigter Gemüthsstimmung (!) und 4. unbestimmte Suggestion, von der er selbst sagt, dass „unter Umständen die active Person dabei nichts Positives im Sinne habe, und dann der Erfolg ganz von dem augenblicklichen Verhalten der passiven Person und von zufälligen Aussenverhältnissen abhänge" (!!). Diese letzten beiden Formen der Suggestion, wo einmal das directe Gegentheil des Erstrebten befohlen wird, das andere Mal meist ohne Worte nur allerlei Hantirungen vorgenommen werden, und wo dann der Kranke nie, oft aber auch der Arzt nicht weiss, was bezweckt wird, dürfen denn doch wohl keinen Anspruch auf wissenschaftliche Methodik machen und können nach Ansicht des Ref. in ihren unberechenbaren Folgen nur als zufällige und unfreiwillige Suggestionen, wie sie ja schliesslich jedem Arzt im Verkehr mit seinen Patienten gelegentlich unterlaufen und durchaus nicht gerade immer in wünschenswerther Richtung wirken, in Betracht kommen.

Natürlich verbindet Verf. die Suggestionen — und das wird bei Wachsuggestion wohl meist nöthig sein — mit den verschiedensten anderen Verordnungen, vorzugsweise anscheinend der Electricität mit und auch ohne Strom. Bezüglich der Suggestivwirkung der Electricität stimmt Verf. Möbius zu und lässt dasselbe zum grossen Theile für die Massage, Heilgymnastik, Hydrotherapie, Mineralwasserkuren, eine Reihe chirurgischer Operationen und viele innere Mittel gelten.

In einzelnen Fällen hält er die Hypnose für zweckmässig, erklärt es aber für gleichgültig, welcher Methode man sich bediene, seien es Mesmer'sche Striche, das Fixiren eines glänzenden Punktes nach Braid oder verbale Suggestion; die Nancyer Schule hat sich bei ihm also noch nicht zur Anerkennung durchgerungen.

Es folgt nun eine Besprechung der Zustände, bei welchen die Suggestion im Wachen und in der Hypnose möglicherweise als Heilmittel wirken kann, und es werden da psychische Störungen, Lähmungen, Krämpfe, Sensibilitätsstörungen, Störungen in unwillkürlichen Muskeln, Trophoneurosen und unter „anderen Störungen" noch Singultus, Schlaflosigkeit und traumatische Neurosen aufgeführt und besprochen. Mit diesem Abschnitte — und das gilt im Ganzen auch vom letzten Capitel: Grenzen der Psychotherapie — könnte man schon einverstanden sein, wenn der Verf. die Indication zum Mindesten in vollem Umfange auch für die hypnotische Suggestion, die nun doch einmal die höhere Potenz der Wachsuggestion darstellt und von kundiger Hand ausgeübt keinerlei Gefahren mit sich bringt, anerkannte, aber immer wieder redet er in erster Linie dieser das Wort und versteigt sich abermals zu der schon im Jahre 1883 aufgestellten Behauptung, „dass

es leichter sei, durch Hypnose einen gesunden Menschen hysterisch zu machen als dadurch eine Hysterie zu dauernder Heilung zu bringen".

Das Erscheinen derartiger Aufsätze, die von solcher Stelle ausgehen und doch von durchaus mangelhafter Kenntniss der neueren Literatur über hypnotische Suggestiv-Therapie oder mangelhafter Nachprüfung der dort aufgeführten Thatsachen zeugen, sind sehr zu bedauern und natürlich nur geeignet, das Misstrauen der vielen Aerzte, die ohne eigene Kenntniss verurtheilen, zu erhöhen und so schädigend auf diesen jüngsten Zweig medicinischer Wissenschaft zu wirken, für den ein Liébeault und Bernheim, ein Wetterstrand und Forel und ausser ihnen viele andere Männer der Wissenschaft ihr bestes Können eingesetzt haben.

Sjöström - Köln.

O. Binswanger, Ernährungskuren bei Nervenkrankheiten (Mastkuren). Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten von Penzoldt und Stintzing. Jena, Fischer 1896. 36 Seiten.

Die Arbeit stellt eine ausführliche Beschreibung des Mitchell'schen und von B. weiter modificirten Verfahrens dar, welches Verf. weniger für die Fälle ererbter Prädisposition und intrauterin erworbener constitutioneller Schwäche, welche er von ersteren abtrennt, als für die im späteren Leben erworbenen „Erschöpfungsneurosen“ geeignet hält, und zwar besonders auch da, wo die allgemeinen Ernährungsstörungen das Primäre, die neuropathischen Zustände aber das Secundäre sind, aber auch da, wo der umgekehrte Causalnexus besteht.

Verf. hebt im Anfange seiner Arbeit hervor, „dass die zur Hebung der Ueberernährung bestimmten Maassnahmen nur einen Bruchtheil des therapeutischen Handelns darstellen, und dass, um der gestellten Aufgabe Genüge zu thun, noch eine ganze Reihe Heilfactoren hinzukommen müssen, welche die nervösen Leistungen und den psychischen Zustand dieser Kranken zu beeinflussen im Stande sind“, erwähnt aber neben Isolirung, Bettruhe, ärztlichem Zuspruch als Behandlungs-Combinationen nur Massage, hydriatische und electrische Behandlung, passive Gymnastik, active Muskelleistungen und gelegentliche medicamentöse Behandlung, wobei er ausser der Gymnastik besonders der Massage neben ihrer mechanischen eine psychisch beruhigende „suggestive“ Wirkung zuspricht. Der Hypnotherapie ist mit keinem Wort Erwähnung gethan, und doch darf sie gewiss an sich durch die beruhigende, stärkende und die Verdauung fördernde Wirkung des Dauerschlafes (Wetterstrand), als auch besonders in Form hypnotischer Suggestionen zur Regelung der Darmentleerungen, zur Hebung des Appetites, zur Besserung der Gemüthsstimmung und zur Beseitigung aller möglichen peinigenden oder störenden Nebensymptome als werthvollstes Hülfsmittel gelten und kann ohne Frage gerade in Verbindung mit einer zweckdienlichen Ernährungskur die Heilung wesentlich beschleunigen.

Sjöström - Köln.

Stintzing, Allgemeine Prophylaxe und Diätetik der Krankheiten des Nervensystems. Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten von Penzoldt und Stintzing. Jena, Fischer. 1896. 42 Seiten.

Nach einer kurzen Einleitung über Hygiene des Nervensystems und ihre Ziele und Aussichten betont Verf. die innige Wechselbeziehung zwischen somatischen und psychischen Einflüssen und hebt hervor, dass, da das centrale Nervensystem einer-

seits den Regulator aller vegetativen und animalischen Functionen vorstelle, umgekehrt aber auch jedes Organ bei seiner Thätigkeit auf das Nervensystem zurückwirke, die ärztliche Prophylaxe in erster Linie auch die Organe ausserhalb des Nervensystems mit zu berücksichtigen habe, und häufig hier die Ursachen für functionelle Störungen zu suchen seien.

Die Arbeit zerfällt in zwei Haupttheile: I. Verhütung der neuropathischen Anlage und II. allgemeine Diätetik.

Unter neuropathischer Anlage unterscheidet Verf. erworbene und ererbte und definirt den Begriff im ersten Falle als „Anlage zu Erkrankungen überhaupt, bedingt durch constitutionelle Anomalieen (Stoffwechsel- und Blutkrankheiten, Intoxicationen), ausgelöst durch Schädlichkeiten, die vorwiegend das Nervensystem treffen"; im zweiten, dem weitaus häufigerem Falle als „einen Zustand grösserer Vulnerabilität des Nervensystems, bedingt durch (verschiedenartige) Anomalieen der Keime bezw. der Keimanlage". Dabei können natürlich die genannten Schädlichkeiten, welche gehäuft für sich allein die (erworbene) Disposition erzeugen, auch wenn sie in nur geringerem Grade wirksam sind, eine bereits bestehende hereditäre Anlage steigern und beschleunigen. Eben diese Schädlichkeiten, welche Anfangs nur functionelle Störungen bedingen, rufen nun nach Annahme des Verf., wenn sie lange andauern, mit der Zeit feine structurelle Veränderungen am Nervenapparat hervor, die an und für sich noch regenerirbar, wenn diese Regeneration ausbleibt, von der neuropathischen Anlage zur organischen Erkrankung überleiten.

Es werden nun alle einzelnen Ursachen, sowohl die allgemeineren (und hier hätte nach Ansicht des Ref. bei geistiger und moralischer Erziehung im Kindesalter wohl auch die Hypnose als ein oft Ausserordentliches leistendes Hülfsmittel der Pädagogik erwähnt werden können) als auch die zufälligen (Gelegenheits-) Ursachen, die zur neuropathischen Anlage führen können, einer eingehenden Besprechung unterzogen.

Der zweite Theil der Arbeit ist der wesentlich kürzere. Er umfasst die Frage der Ernährung und der allgemeinen Pflege von Körper und Geist, und zum Schluss wird der grosse Antheil, welcher der psychischen Behandlung (die an anderer Stelle des Handbuches des Näheren gewürdigt werden soll) in der allgemeinen Diätetik der Nervenkrankheiten zukommt, hervorgehoben.

Sjöström - Köln.

v. Strümpell und Möbius, Behandlung der functionellen Erkrankungen des Nervensystems. Handbuch der speciellen Therapie der inneren Krankheiten von Penzoldt und Stintzing. Jena, Fischer. 1896.

Die Verfasser haben sich das Thema getheilt, und so werden auch beide Theile einzeln besprochen werden müssen:

I. v. Strümpell, Behandlung der allgemeinen Neurosen. 80 Seiten.

Die Beschreibung ist namentlich in Bezug auf Begriffsbestimmungen, Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose und Prognose äusserst eingehend und erschöpfend. Bei der Therapie wird stets das psychische Moment betont, wobei auch in der diätetischen, klimatischen, hydrotherapeutischen, balneologischen, electrischen Behandlung, in der Massage und Heilgymnastik, sowie zum grossen Theil in der Darreichung innerer Mittel in erster Linie eine Suggestiv-Wirkung erblickt wird.

Dass die Hypnose nirgends als Behandlungsmittel genannt worden ist, kann bei der bekannten Stellungsnahme Strümpell's, der er übrigens mit wenigen Worten auch hier Ausdruck verleiht, nicht verwundern, sondern ist höchstens zu bedauern. Für uns steht es einmal fest, dass in dem eingeengten Bewusstseinszustande der Hypnose jede Suggestion wesentlich leichter aufgenommen wird und besser haftet, dass man mit ihr also auch sicherer und vor Allem bedeutend schneller zum Ziele kommt als mit all den, zum Theil doch auch für den Patienten recht kostspieligen als Wachsuggestionen dienenden Massnahmen.

II. Möbius, Behandlung der vasomotorisch-trophischen und der Beschäftigungsneurosen. 27 Seiten.

Verf., der bekanntlich in seinen letzten Werken eine gänzlich neue und den wirklichen Verhältnissen angepasste Eintheilung der Nervenkrankheiten vorgenommen hat, erklärt Eingangs, dass in diesem Handbuche die alte Auffassung noch in etwas respectirt worden sei, so dass man manches eigentlich nicht recht Zusammengehörige vereinigt fände. Auch er behandelt sein Thema, indem er den verschiedenen Gruppen besondere Einleitungen voraufschickt, in fesselnder Weise und lässt der hypnotischen Behandlung, die er wiederholt erwähnt, und zu deren noch häufigerer Anwendung, wo Anderes im Stiche liess, er auffordert, mehr Gerechtigkeit widerfahren.

Beide Theile der umfassenden und klar geschriebenen Arbeit seien dringend zur Lecture empfohlen. Sjöström-Köln.

H. Gutzmann, Behandlung der Sprachstörungen. Handbuch der speciellen Therapie der inneren Krankheiten von Penzoldt und Stintzing. Jena, Fischer. 1896. 18 Seiten.

Die Schrift bietet für den, der sich für dieses einigermassen specialistische Thema näher interessirt, gewiss manches Anregende. Wenn Verf. sagt, dass die grossen Hoffnungen, die man auf die Hypnose zur Behandlung des functionellen Stotterns gesetzt hatte, leider zum allergrössten Theil nicht erfüllt wurden, diese also in Form der hypnotischen Suggestion höchstens als Hülfsmittel zur Verstärkung einer einzuleitenden methodischen Uebungs-Kur in Betracht komme, so wird man ihm nicht Unrecht geben können. Sjöström-Köln.

L. Edinger, Behandlung der Krankheiten im Bereiche der peripheren Nerven. Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten von Penzoldt und Stintzing. Jena, Fischer. 1896. 136 Seiten.

Die Besprechung dieser umfangreichen Arbeit kann nur eine kurze sein, da selbst der Versuch der knappsten Inhaltswiedergabe uns weit über den uns zur Verfügung stehenden Raum und auch über den Rahmen dieser Zeitschrift hinauszugehen zwingen würde. Mag ein Jeder selbst Einsicht nehmen! Was die Stellungnahme zur Suggestiv-Therapie betrifft, so kommt dieselbe auch hier recht kurz weg, übrigens sowohl die im Wachzustande, als die in Hypnose. Nebenbei werden Electricität, Massage, Heilgymnastik u. s. w. nicht einfach als Suggestivmittel angesprochen, sondern ihre physiologische Wirkung in Anspruch genommen, und dem kann man gerade in Bezug auf die beiden letzteren Behandlungsarten viel mehr als in Bezug auf die meisten Mittel der inneren Medicin (abgesehen davon, dass auch sie wie überhaupt jede therapeutische Maassnahme gelegentlich mal

suggestiv wirken können) gegenüber denen, die nun jeden überhaupt erzielten Erfolg als „Wachsuggestion“ hinstellen möchten und so mit diesem Begriffe Missbrauch treiben, wohl zustimmen. Gleichwohl hindert die den Suggestions-Erfolgen gegenüber reichlich skeptische Auffassung den Verf. keineswegs, an wiederholten Stellen auf die Möglichkeit solcher Behandlung hinzuweisen und bei Besprechung der Trigeminus-Neuralgie ausdrücklich die „wunderbaren Erfolge Wetterstrand's unter Anwendung der Hypnose“ namhaft zu machen. Damit, dass unsere Erfolge z. B. bei Neuralgieen und isolirten Krämpfen einzelner Muskeln resp. Muskelgruppen keine nennenswerthen seien, werden sich gewiss sehr Viele nicht einverstanden erklären, und eine ganz hervorragende Bedeutung möchte Ref. bei Behandlung fast aller in dieses Gebiet fallenden Krankheitsformen für die Suggestionstherapie in Bezug auf den Allgemeinzustand der Kranken in Anspruch nehmen.

Sjöström-Köln.

R. Stintzing, Behandlung der Erkrankungen des Rückenmarks und seiner Häute. Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten von Penzoldt und Stintzing. Jena, Fischer. 1896. 85 Seiten.

Für diese Arbeit gilt das für die vorige Gesagte: Ein näheres Eingehen würde uns zu weit führen, und müssen wir daher auf diese selbst verweisen. Nur in Bezug auf Behandlung der Tabes mag uns gestattet sein, auf die guten a. a. O. geschilderten Erfolge gegenüber den vielfachen autosuggerirten Complicationen hinzuweisen. Dass die hypnotische Suggestion auch bei Tabes den Schmerz zu beseitigen vermag, ist anerkannt, und auch an dieser Stelle mag nochmals darauf hingewiesen sein, wie sehr die Hypnose durch Besserung des Schlafes, des Appetites, der Stimmung u. s. w. den Körper zu kräftigen und das Allgemeinbefinden des Patienten zu bessern im Stande ist; am meisten wird man in diesen Fällen stets in möglichst tiefer Hypnose erzielen. Sjöström-Köln.

H. Emminghaus, Behandlung des Irreseins im Allgemeinen. Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten von Penzoldt und Stintzing. Jena, Fischer. 1896. 79 Seiten.

Nach einer kurzen Einleitung, worin besonders auf die Diagnose näher eingegangen wird, wendet sich Verf. dem eigentlichen Thema, der Behandlungsweise, zu. Von Interesse ist das Capitel über Prophylaxe. Bei Besprechung der Frage, ob Anstalts- oder Privatbehandlung, findet der Practiker besonders in Bezug auf den Transport, die Aufnahme und die Weiterbehandlung des Kranken zu Hause manche wissenswerthen Einzelheiten. Die Behandlung des Leidens selbst zerfällt nach üblicher Eintheilung in somatische und psychische. Jene besteht in erster Linie in hygienisch-diätetischen Maassnahmen (Luft und Licht, Ernährung, Bettruhe, Beschäftigung); als besondere Behandlung werden neben medicamentöser (besonders Sedativa und Hypnotica) und hydrotherapeutischer noch thermische und electrische (Galvanisation und Franklinisation des Kopfes) angeführt, von welch' letzteren man sich wohl nicht zu viel versprechen darf. Bei der psychischen Behandlung werden im Allgemeinen das Verhalten des Arztes und Wartepersonals, Ueberwachung, freie Behandlung (No-Restraint), Isolirung und verschiedene Arten der Unterhaltung besprochen; psychische Behandlung im engeren Sinne kann nur bei leichteren Erkrankungen oder im Abnahmestadium einer Seelenstörung in Betracht kommen. Jede Gewaltmaassregel wird natürlich entsprechend der jetzt herrschenden humaneren

Auffassung streng verpönt. Zum Schluss folgt eine Besprechung der Behandlung einzelner Symptome bei Geistesstörung. Sjöström-Köln.

A. Voisin, Emploi de la suggestion hypnotique dans certains formes d'aliénation mentale. Paris. Ballière et fils. 1897. 63 S.

In der vorliegenden Abhandlung liefert uns der Verf. eine ausführliche Darstellung seines Münchener Vortrages (vgl. diese Ztschr., Bd. 5).

Verf. berichtet von 42 Fällen, in denen er Heilerfolge erzielte. Einzelne sind bereits in der Revue hypnot. erschienen und auch in dieser Zeitschr. referirt. In den Krankengeschichten fehlen vielfach wichtige Momente. Verf. verzichtet dabei selbst beinahe auf jegliche Diagnose.

Unter den 42 Fällen zeigen nach eigener Angabe des Verf. 17 Fälle (Nr. 1, 3, 4, 7, 11, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 und 31) hysterische Symptome. Zwei als Chorea (29, 30) bezeichnete Fälle dürften auch zur Hysterie gehören, ebenso Fall 6. Ein Fall schwerer Anorexie (Beobachtung 5) ist wenigstens der Hysterie nahe verwandt. Im Fall 20, den Verf. als „Epilepsie" bezeichnet und dessen Attaquen er nicht geheilt hat, spricht Verf. im Verlauf der Krankengeschichte von „Hystero-Epilepsie". Die Kranke, auf die sich die Beobachtung 8 bezieht und bei der Verf. Depression und Gehörshallucinationen feststellt, zeigt gleichzeitig fortlaufende Amnesie. Unter den übrigen Fällen handelt es sich um 5 Alcoholisten. 2 Morphinisten, 3 Phobien, einen moralisch pervers handelnden Knaben. Unter dem Rest der Fälle sind 2 (Nr. 2 u. 10) im Anschluss an einen starken Affect erkrankt; die eine Kranke ist stark erregt und verwirrt, die andere, die vor der Erkrankung einen Anfall von Bewusstseinsverlust ohne Convulsionen gezeigt hat, hallucinirt den plötzlich gestorbenen Vater. Im Fall 9 und 12 handelt es sich um Erregungszustände jugendlicher Individuen, die während der Periode zunehmen. Im Fall 15 handelt es sich um Angst- und Erregungszustände eines jugendlichen Individuums. Die „ängstliche Melancholie" im Fall 14 bezieht sich auf ein schlecht equilibrirtes Mädchen. Im Fall 13 scheint es sich um eine reine Melancholie und Hypochondrie zu handeln. Im Fall 21 endlich berichtet Verf. von einer Epileptischen, bei der die Anfälle hauptsächlich (15—20 an der Zahl) während der Periode auftraten. Seit längerer Zeit Zunahme der Reizbarkeit. Indem Verf. die Pat. für die Zeit der Periode in Dauerschlaf versetzte, beseitigte er für diese Zeit die Anfälle und weiterhin die Zornausbrüche. Die Pat. hat nur noch 2—3 Anfälle monatlich.

Aus dieser Zusammenstellung des von dem Verf. gelieferten Materials geht wohl zur Genüge hervor, dass sich die Heilungen des Verf. nur auf ganz bestimmte Erkrankungen beziehen. Das Gros sind — soweit es sich überhaupt um Psychosen im engeren Sinne handelt — echt hysterische Psychosen. Daneben finden sich einige Formen acuter Psychosen jugendlicher Individuen und wohl eine Hypochondro-Melancholie. Verf. berichtet von keiner Heilung einer chronischen Paranoia oder auch nur eines systematischen Wahnsystems.

Verf. hat die hypnotische Suggestion als Suggestionsmittel, vielfach aber auch als Schlafmittel angewandt. In den meisten Fällen waren eine Reihe anderer Mittel vergeblich angewandt worden. Ob auch andere psychotherapeutische Maassnahmen, ob Bettruhe, genügende Isolirung, Beschäftigung, suggestive und erzieherische Beeinflussung im Wachen etc., zuvor ohne Erfolg versucht wurden, geht

nicht aus den Angaben des Verf. hervor. Andererseits berichtet uns Verf. von Heilungen, ohne gleichzeitig seiner Misserfolge Erwähnung zu thun.

Ref. kann dementsprechend weder Neues, noch eine Vertiefung der Fragen in den oberflächlich bleibenden Ausführungen des Verf. finden. O. Vogt.

J. Milne Bramwell, On imperative Ideas. Brain 1895. 23 S.

Im ersten Theil dieser Mittheilung giebt Verf. historische Angaben über die Entwickelung der Lehre von den Zwangsvorstellungen. Im zweiten Theil behandelt Verf. den Heilwerth einer hypnotischen Behandlung. Indem er 8 Heilerfolge, deren Zahl noch weit vermehrt werden könnte, aus der Literatur citirt, berichtet Verf. selbst von 10 derartigen Fällen. O. Vogt.

E. Beyer, Nervenleiden zu heilen durch psychische Behandlung und Hypnotismus. Rheinbach. 1897. 19 S.

Ausführungen eines Laien zum Zweck, Nervenkranken das Vorurtheil vor einer hypnotischen Behandlung zu nehmen. O. Vogt.

Prof. v. Leyden, Ueber den gegenwärtigen Stand der Therapie in der inneren Medicin.

Es mag für die Leser dieser Zeitschrift von Interesse sein, zu erfahren, dass auf dem diesjährigen (XV.) Congress für innere Medicin die Psychotherapie und mit ihr Hypnose und Suggestion officielle Anerkennung erfahren haben.

Der Vorsitzende des Congresses, Prof. v. Leyden, führte in seiner, von modernem Geiste durchwehten Eröffnungsrede über den heutigen Stand der internen Therapie aus, dass neben allen anderen therapeutischen Zweigen auch die Psychotherapie, in deren Domäne die moralische Beeinflussung, Suggestion und Hypnose, die Macht des Glaubens und Aberglaubens zu rechnen seien, als eine besondere Heilmethode anerkannt und dem gesammten therapeutischen Inventarium einverleibt werden müsse. Diese Heilmittel seien das unentbehrlichste Element einer wohlgeordneten Behandlung, wenn sie sich auch bis jetzt von allen Methoden am schwersten den Principien einer wissenschaftlichen Therapie anfügen lassen.

Gerechte Verwunderung muss es hervorrufen, aus diesem Munde und an dieser Stelle wieder den alten, mit einer gewissen Geringschätzung ausgesprochenen Einwand zu hören, diese Heilmethoden hätten gar nichts Neues gebracht, da sie schon den alten Völkern bekannt waren. Wenn dem so wäre, wozu dann ihre öffentliche Anerkennung? Und, besteht ein wissenschaftliches Verdienst nur darin, Neues zu entdecken, nicht auch in gleichem Maasse darin, das Alte festzuhalten und auszubauen oder frühere Errungenschaften, wenn sie infolge von Verirrungen verloren gingen, wieder zur Geltung zu bringen? Wenn ferner Suggestion und Hypnose nothwendige Hülfsmittel der Therapie sind, warum hat sich dann die „Schulmedicin" so lange nicht zu ihrer Anerkennung geneigt gezeigt, warum hat sie dieselben durch ihre ersten Vertreter bis in die neueste Zeit mit allen Mitteln bekämpft, warum giebt es noch heute „Autoritäten", welche jene Heilverfahren als „plumpen Schwindel", „Altweibercur", Idiotenarbeit etc. bezeichnen? Es wäre an der Zeit, derartige Allüren gegenüber einem Heilverfahren, das sich seine Existenzberechtigung so hart erkämpfen musste, wie der Hypnotismus, endlich aufzugeben.

In den weiteren Ausführungen zeichnet sich der Vortrag, ausser durch die sehr lehrreichen Excurse auf die übrigen Specialdisciplinen der modernen Therapie

innerer Erkrankungen, wobei die einzelnen Heilverfahren nach ihrem Werthe, ihrer wissenschaftlichen Bedeutung und ihrer Zukunft discutirt werden, durch einen anerkennenswerthen, offenen Freimuth aus, mit dem er einige, an sich recht difficile allgemeinere Fragen streift. Prof. v. Leyden betont: die interne Therapie habe ihren Dogmatismus ablegen müssen, der Versuch, die Klinik auf eine rein wissenschaftliche Basis zu stellen, sei bis heute misslungen, man habe eingesehen, dass das erste und letzte Ziel des Arztes nicht wissenschaftliche Vertiefung und Erkenntniss, sondern Linderung resp. Heilung sei und dass man demnach nicht einen Krankheitsbegriff, sondern den kranken Menschen zum Gegenstande der Behandlung machen müsse. — Die Erfüllung dieser Aufgabe, die ärztliche Behandlung ist und bleibt eine Kunst.

Es ist unbestreitbar, dass diese Gedanken starke Concessionen an die Reformbewegung in der Medicin durchblicken lassen, besonders rufen sie das Verlangen nach einer Reform der ärztlichen Ausbildung wieder aufs lebhafteste wach.

(Der Vortrag ist in den verschiedensten Fachzeitschriften ausführlich referirt und zum Theil im Wortlaut zu lesen.)

Dr. Windscheid, Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes. Marhold-Halle 1897; 49 Seiten (1,50 M.).

Mit vorliegendem Bändchen hat die Alt'sche Sammlung eine willkommene Bereicherung erfahren. Da sich Verf. der verdienstlichen Aufgabe unterzogen hat, in das Chaos eines Sammelbegriffes, der viel Unheil anzurichten geeignet ist, systematische Ordnung zu bringen, so wird die Arbeit von den in der Praxis Stehenden mit Freuden begrüsst werden.

Dr. Windscheid vertritt den Standpunkt, dass sich der Arzt in allen Fällen, wo er wegen Kopfschmerzen consultirt wird, eine auf gründliche Untersuchung des ganzen Körpers, speciell des Nervensystems gestützte ätiologische Diagnose sichern müsse und dass eine wissenschaftliche Therapie, unter Berücksichtigung dieser Diagnose, stets bestrebt sein müsse, der indicatio causalis zu genügen.

An den differentialdiagnostischen Merkmalen der verschiedenen Arten der Cephalaea streng festhaltend, rubricirt Verf. den Kopfschmerz nach den einzelnen Organerkrankungen; er unterscheidet den Kopfschmerz bei Erkrankungen des Nervensystems (Neurasthenie, Hysterie, Meningitis, Hydrocephalus, Gehirntumoren, Circulationsstörungen, Migräne, den neuralgischen und traumatischen Kopfschmerz), ferner bei Erkrankungen der Sinnesorgane, des Verdauungstractus, der Nieren, bei Constitutionskrankheiten, Vergiftungen und Infectionen. Als Rheumatismus beschreibt er das sogenannte „Kopfreissen". Die Existenz eines „habituellen Kopfschmerzes" bestreitet Windscheid und er dringt deshalb auf die Beseitigung dieses klinischen Begriffes.

In therapeutischer Beziehung steht der Arzt bei vielen Formen von Kopfschmerz ganz ohnmächtig da und er ist genöthigt zu allen möglichen symptomatischen Mitteln seine Zuflucht zu nehmen. Bezüglich der causalen Behandlung, die auf eine Beseitigung des Grundleidens abzielen muss, verweist Verf. überall auf die diesbezüglichen Kapitel der internen Therapie. Hier sollen nur noch kurz die Ansichten des Verf. über suggestive und hypnotische Behandlung des Kopfschmerzes angedeutet werden.

Nach den Erfahrungen Windscheid's muss man bei Heilerfolgen nach An-

wendung von Massage, Hydrotherapie, Electricität — besonders bei dem neurasthenischen und hysterischen Kopfschmerz, aber auch bei anderen Formen — stets an Suggestionswirkungen denken; auch die mechanische Therapie der Trigeminusneuralgie nach Naegele lässt Suggestion nicht ausschliessen.

Die Anwendung einer hypnotischen Behandlung erwähnt Verf. nur bei Kopfschmerz im Gefolge von Neurasthenie und Hysterie, er scheint dieselbe also auf diese beiden Krankheiten beschränken zu wollen. Er führt an dieser Stelle aus, dass man bei aller Anerkennung der Erfolge der Hypnose auch die zahlreichen Misserfolge, die sehr häufig verschwiegen würden, nicht ausser Betracht lassen dürfe; weder alle Kranken, noch auch alle Aerzte eignen sich für die hypnotische Behandlung; derjenige aber, welcher den Beruf in sich fühle, solle ruhig einen Versuch mit Hypnose machen.

Wenn man auch nach dieser Richtung nicht in allen Punkten mit Dr. Windscheid einverstanden sein kann, so ist doch der objective und tolerante Standpunkt, welcher in der Frage des Hypnotismus noch nicht Gemeingut der gesammten medicinischen Facultät geworden ist, beim Verf. sehr anzuerkennen.

Ref. ist der Ansicht, dass eine grössere Ausdehnung des Indicationskreises bei der Kopfschmerztherapie zum mindesten nichts schaden würde. Gerade in die Behandlung der Migräne, die Verf. als eine sehr unfruchtbare und undankbare bezeichnet, müsste m. E. die hypnotische Suggestion unbedingt eingeführt werden, denn es sind in der Literatur unanfechtbare Fälle von Heilung und günstiger Beeinflussung durch Hypnose in genügender Zahl bekannt geworden und andererseits können wir, wie Verf. selbst zugiebt, in der Erklärung der heutzutage bei Migräne erzielten therapeutischen Erfolge ohne Suggestion auch nicht aus.

Brodmann-Leipzig.

Dr. Didier, Kleptomanie und Hypnotherapie. — Halle 1896, Selbstverlag des Verfassers. — 13 Seiten.

Die kleine Abhandlung berichtet über einen Fall von Kleptomanie bei einer entarteten Hysterischen, welche durch Regnault vermittelst Fixation und Händeauflegen nach 3 Sitzungen in tiefen hypnotischen Schlaf versetzt werden konnte und verschiedene, auf ihre krankhaften Triebe bezügliche posthypnotische Suggestionen realisirte. Ein Heilerfolg ist bis jetzt noch nicht erzielt, Verf. glaubt aber völlige Heilung in Aussicht stellen zu können.

Neben diesen positiven Mittheilungen bringt Verf. theoretische Ausführungen, die mit dem Titel der Schrift gar nichts zu thun haben und theils Irrthümer, theils durchaus nicht originelle Anschauungen enthalten. Form und Inhalt sind nicht geeignet, eine eingehende Kritik zu rechtfertigen, nur 2 Punkte seien herausgegriffen.

Verf. räumt — durchaus nicht als erster — den Träumen für die Entstehung hysterischer Symptome (Schmerzen, Paralysien, Stimmungen etc.) eine grosse Bedeutung ein; er meint, „dass die Träume bei den Hysterischen sehr häufig . . . der Impulsionsausgangspunkt für den erwachten Lebenszustand werden können" (!). Auch Triebhandlungen und krankhafte Neigungen bei gewissen degenerirten Neuropathen haben nach seiner Ansicht ihren wesentlichen Grund in Traumsuggestionen.

Ausserdem vertritt Verf. die Ansicht, dass nur Hysterische hypnotisirbar seien und schliesst aus dem Umstande, dass Kinder mit Hang zum Diebstahl einer

hypnotischen Behandlung zugänglich sind, auf die hysterische Veranlagung aller kleptomanischen Kinder.

Die vom Verf. auf das Princip der Hypnotisirbarkeit aufgebaute Classification der „Behaftungen“ ist geradezu ein klassischer Beweis dafür, zu welchen Verirrungen das starre Festhalten an einer vorgefassten Meinung und an falschen Grundsätzen führen kann. Brodmann-Leipzig.

Schmerzlose Operationen. Oertliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten. Psychophysik des natürlichen und künstlichen Schlafes. Von *Dr. C. L. Schleich.* Zweite Auflage. Mit 32 Abbildungen im Text. Berlin 1897, Krüger. 268 Seiten. 6 Mk.

Seit dem Erscheinen der ersten Auflage dieses Buches (1894) hat Verf. mit seinen Reformbestrebungen zur Frage der Anästhesie bei Operationen beachtenswerthe Erfolge gehabt. Er hat nicht nur die öffentliche Anerkennung von autoritativster Seite (Prof. v. Bergmannn, Mikulicz) gefunden, seine practischen Vorschläge haben zum Theil auch die strenge wissenschaftliche Nachprüfung bestanden und durch Controlversuche von verschiedenen Fachmännern Bestätigung erfahren (Noack, Ruge).

Die von Schleich in Vorschlag gebrachten und bereits in seine Praxis eingeführten Reformen der Anästhesie bewegen sich in 2 Richtungen:

Einmal verlangt er, gestützt auf den theoretischen Nachweis der physiologischen Unmöglichkeit ungefährlicher Narcotica, eine thunlichste Beschränkung der allgemeinen Inhalations-Narcose und will an deren Stelle die Localanästhesie, speciell ein von ihm erfundenes Verfahren, die sog. Infiltrationsanästhesie, setzen. Zweitens fordert er — worauf wir hier nicht näher eingehen können — in jenen Ausnahmefällen, wo eine allgemeine Narcose unvermeidlich ist, eine ebenfalls von ihm angegebene Modification der Inhalationsnarcose und zwar die Anwendung eines „ätherischen Siedegemisches“, dessen Siedepunkt auf die Körpertemperatur eingestellt ist. Schleich behauptet mit seiner Infiltrationsmethode die allgemeine Narcose in 90 Procent aller Operationen, auch den schwersten, durch eine dem humanen Postulat absoluter Analgesie vollkommen gerecht werdende und allen älteren Methoden vermöge ihrer völligen Unschädlichkeit und Ungefährlichkeit weit überlegene Localanästhesie ersetzen zu können. Dieses Verfahren besteht im Princip in einer künstlichen Oedemisirung des Operationsgebietes, in der Erzeugung eines hohen und prallen, auf den jeweiligen Incisionsbezirk beschränkten Oedems zum Zwecke der localen Leitungsausschaltung, vermittelst endermatischer Injection indifferenter Flüssigkeiten (Lösungen von Kochsalz, Morphin und Cocain in schwankendem Verhältniss). Die Wirkungsweise der Infiltration oder die Entstehung der anästhesischen Oedemquaddel erklärt Verf., ausser durch rein chemische Alteration der Nervensubstanz, durch 3 Hilfsmomente und zwar durch Druckischämie, durch mechanische Druckwirkung auf die Nervenelemente und schliesslich durch die Temperaturdifferenz zwischen Injectionsflüssigkeit und Gewebe.

Auf die rein chirurgischen Fachfragen, auf die schwerwiegenden praktischen Consequenzen, welche sich aus der allgemeinen Einführung dieser Methode ergeben würden, auf die Beantwortung der theilweise nicht unbedenklichen Angriffe gegen die bisher als unantastbar geltende Inhalationsnarcose, speciell gegen die Narcose-

statistik, einzugehen, ist hier nicht der Ort. Verf. widmet, neben der ausführlichen Darstellung der Technik seiner Methode, einen breiten Raum der Discussion dieser Punkte. Die Entscheidung über dieselben muss den Specialisten überlassen bleiben. Dagegen erscheint es gerechtfertigt, in die Erörterung einiger, zu unserem Specialgebiet in Beziehung stehender Fragen, welche dem Verf. bereits von anderer Seite nahe gelegt wurden, einzutreten.

Verf. ereifert sich (p. 255 ff.) mit einer Heftigkeit, welche eine gewisse Schwäche seiner Position verräth, gegen den Gedanken, dass die durch sein Infiltrationsverfahren erzeugte Localanästhesie zum Theil durch Suggestion erklärt werden könnte. Er weist diesen Gedanken mit Protest zurück und glaubt die Unklarheit derer bedauern zu müssen, „welche bei absolut zureichender, mechanistischer Gesetzmässigkeit“ seines Verfahrens „lieber zu mystisch geheimnissvollen Actionen der Seele, als zu ganz einfachen materiellen Thatsachen ihre Zuflucht nehmen.“

Es liegt uns völlig fern, die Infiltrationsanästhesie Schleich's a priori ausschliesslich auf Suggestion zurückführen zu wollen, aber die Möglichkeit einer Mitwirkung suggestiver Factoren muss absolut von jedem Vorurteilslosen zugegeben werden, und diese Möglichkeit scheint College Schleich in Abrede stellen zu wollen, vermöge einer allerdings recht bedauerlichen Unklarheit über die zwar keineswegs mystischen, aber deswegen nicht minder „geheimnissvollen Actionen der Seele“.

Abgesehen von der „zureichenden mechanistischen Erklärung“, deren Einfachheit und genügende Motivirung übrigens sehr anzuzweifeln wäre, schreibt Verf.: „durch die einfache Thatsache, dass diese Suggestionswirkung stets genau an der Grenze der Infiltration ihr Ende hat, dürfte für jeden Vorurtheilslosen diese Frage erledigt sein.“

Verf. giebt zwar localisirte, circumscripte Suggestionswirkungen zu, trotzdem er die Suggestion für eine „allgemeine Fuctionsstörung“ erklärt, aber an der „haarscharfen“ Abgrenzung der anästhetischen Zone durch die Injectionsbreite scheint sein Verständniss gescheitert zu sein; es ist damit für ihn der absolut unumstössliche Beweis geliefert, dass die Anästhesie „peripherisch und nicht central ausgelöst wird“.

Einmal lässt sich die Möglichkeit einer über das ganze Operationsgebiet ausgedehnten suggestiven Abstumpfung der Sensibilität nicht so kurzer Hand abweisen, wie es Verf. thut, und zweitens wäre, selbst bei einer streng auf die Injectionsstelle beschränkten Anästhesie resp. Analgesie, die Mitwirkung suggestiver Factoren sehr wohl denkbar. Die Praxis hat ungezählte Beispiele streng localisirter, durch bewusste und absichtliche Suggestion erzeugter Empfindungsstörungen erwiesen. Es sei an den einfachen Fall erinnert, dass man bei vielen Menschen durch gewisse locale Manipulationen (Druck mit dem Finger, Anblasen mit einem leeren Aetherspray etc.), in Verbindung mit energischen Verbalsuggestionen, einen Zahn völlig anästhetisch machen kann, so dass eine absolut schmerzlose Extraction möglich ist. Verf. wird doch nicht behaupten wollen, dass man es in solchen Fällen mit einer peripheren Leitungsausschaltung zu thun habe. Die Anästhesie ist allerdings unter Mitwirkung „localer Hilfsmittel mehr realer Art“, welche Verf. den Psychotherapeuten zur „wirksamen Unterstützung ihrer verbalen Therapie“ anempfiehlt, entstanden, aber sie ist nichts desto weniger eine rein und ausschliesslich

centrale; die peripheren Maassnahmen wirken nur als suggestionsverstärkende Reize, welche der Vorstellung der Empfindungslosigkeit einen lebhafteren localen Character geben.

In ganz annaloger Weise liesse sich die im Gebiete einer durch Injection erzeugten Quaddel entstandene und nur auf diese beschränkte Localanästhesie erklären. Die in der infiltrirten Partie eingeschlossene Injectionsflüssigkeit übt auf die direct benachbarten Nerven Reize aus (bedingt durch Spannung und Temperaturdifferenz) und erzeugt dadurch ebenso streng localisirte mehr oder weniger bewusste Empfindungen, welche als Suggestionsträger nicht nur die bereits durch Verbalsuggestion hinreichend angeregte Vorstellung der Empfindungslosigkeit unterstützen, sondern auch derselben eine durch die Injectionsbreite abgegrenzte locale Färbung geben. Realisirt sich die Suggestion, so wird die Anästhesie auf jene, in dem Bewusstsein durch Spannungs- und Temperaturempfindungen gekennzeichnete Stelle beschränkt, d. h. sie wird streng localisirt sein. Die auf solchem Wege entstandene Localanästhesie ist ebenfalls eine centrale; sie ist nur central entstanden, denn die Leitungsausschaltung hat im Centralorgan stattgefunden, sie ist aber durch die als Hilfsmittel dienenden peripheren Reize, besonders in ihrer genauen Localisation, peripherisch bedingt.

Man wird also nach wie vor, trotz der Entrüstung des Collegen Schleich an der Annahme festhalten müssen, dass man es bei der von ihm angewandten Infiltrationsanästhesie zu einem nicht unbeträchtlichen Theile in zahlreichen Fällen mit den Folgeerscheinungen beabsichtigter oder unbeabsichtigter Suggestionen zu thun hat.

Mit diesen Auseinandersetzungen erledigt sich eine andere Frage von selbst. Verf. schreibt (p. 135 ff.): „Ein wirklich ideales Anästheticum musste vom Centrum her die gewollte Localität ausser Function setzen, nicht mehr und nicht weniger leisten, als der individuelle Fall an Anästhesirung nöthig macht. Es erscheint allerdings physiologisch fast unmöglich, jemals diese ideale Forderung zu erfüllen.“ Durch das oben angeführte Beispiel, wie überhaupt mit jeder realisirten suggestiven Empfindungslosigkeit, sei sie nun im wachen Zustande oder in der Hypnose erzeugt, ist die Erfüllung dieser Forderung für jeden, der verstehen kann und will, erwiesen.

Zum Schlusse erübrigt es noch, mit einigen Worten auf den für uns wichtigsten Theil, auf die rein theoretischen Ausführungen des Verf. über die „Psychophysik des natürlichen und künstlichen Schlafes“ einzugehen.

Verf. bekämpft auf das Energischte den „unrealen, rein phantastischen Hemmungsmechanismus“, mit dem überall in der Hirnphysiologie, Psychologie und Psychiatrie gearbeitet wird. Er sucht nun aber nicht etwa – wie Vogt es gethan hat — die sogenannten Hemmungserscheinungen auf anderweitige neurodynamische Bahnungen und vasomotorische Erregbarkeitsherabsetzungen zurückzuführen, sondern stellt mit bewunderungswürdiger Kühnheit eine neue Theorie auf, die bis ins kleinste Detail ausgearbeitete Theorie von einem, auf antagonistischer Thätigkeit zwischen Neuroglia und Nervenelementen beruhenden Reflexaparate, in welchem der Neurogliasubstanz die Rolle eines von dem Gefässsystem, speciell dessen sympathischer Nervenversorgung, abhängigen activen Isolationsmechanismus zukommt.

Es widerspricht der Fassungskraft des Verf. es widerspricht, wie er meint, „jeder Analogie aus der Electricitätslehre, dass ein und dasselbe Element, wie die Nervenzelle, selbstthätig bald Hemmungsfunction, bald Action ausübt“, also müssen

wir eine an verschiedene anatomische Substrate gebundene „doppelte Function im Gehirn, Hemmung und Action“, annehmen. Die active Function der Hemmung geschieht durch die als Isolator zwischen den electroiden Spannungen und Associationen eingeschaltete Neurogliasubstanz, welche mit den zahllosen Fortsätzen ihrer Protoplasma oder Mooszellen sowohl die strangförmigen Leitungsdrähte der Axencylinder umspinnen („wie wir mit Seidenfäden die electrischen Drähte umspinnen“ Greef[1])), wie sie auch die ontogonetisch jüngeren und wandlungsfähigeren nervösen zelligen Elemente der Rinde mit einem feinen dichten Filzwerke (Moosranken) umhüllen und gegen einander abschliessen. „Das ungeheuere Durcheinander electroider Spannungen ist gegenseitig gruppirt und von einander abgeschlossen durch die isolirende Neuroglia.“

Die Actionsfähigkeit dieses Isolationsapparates beruht auf einer wechselnden Plasmafüllung der Neuroglia-Protoplasmamasse. Die Neurogliamooszellen stehen nämlich einerseits mit den perivasculären Lymphräumen der Hirngefässe in directer Beziehung,[2]) indem die Lymphräme die gliösen Zellen und deren feinste Verästelungen überall umgeben, andererseits ist ein dauernder directer Zusammenhang zwischen Gliazellen des Grosshirns und tieferen sympathischen Centren, vermittelt durch die Vasomotoren der Gehirngefässe, vorhanden. Durch diese Einrichtung ist der Einfluss der Blutfülle auf die Grosshirnfunction erklärt: „Je nach der Plasmafüllung vom Gefässrohr her stellen die Neurogliamooszellen vielzweigige feuchte Platten dar, welche isoliren, oder trockene, lückenhafte Elemente, welche Inductionsströme aus dem Conductor ähnlichen Franzen und Kolben der Protoplasmafortsätze der Ganglien passiren lassen.“ Hyperämie erzeugt stärkere Plasmafüllung der isolirenden Neurogliaplasmazellen, stärkere Isolation, also Hemmung oder Gliaaction; Anämie bewirkt Neurogliaschwächung, verminderte Isolation, ungehemmte Erregungsfähigkeit der Ganglien, Vermehrung der Associationen, Beschleunigung der Perception, Vorstellung und Action. „Die Neuroglia ist leer und hemmt weniger.“

Ueber 60 Seiten hin lässt der Verf. seiner wilden Phantasie die Zügel schiessen. Alles wird seiner Theorie untergeordnet: durch sie sind wir erst vor die Möglichkeit einer „einheitlichen Analyse seelischer Vorgänge von der höchsten Action dem maniacalischen Anfall bis zur tiefsten Depression, dem Coma“, gestellt. Schlaf. Somnambulismus, Hypnose, Suggestion, die Wirkungsweise arzneilicher Narcotica, pathologische Zustände erfahren durch sie eine einheitliche Begründung. — Damit Alles recht hübsch stimmt, muss natürlich der Schlaf mit einer Gehirnhyperämie[3]) verbunden sein, denn sonst könnte ja die für die Schlafhemmung nöthige Isolation resp. Gliafüllung nicht eintreten. Ferner muss die Glia, oder wenigstens ein Theil derselben (Mooszellen) nervöser Abstammung sein. Als wichtiges Postulat gilt natürlich die Richtigkeit der Contiguitätslehre. Alles das sind aber für den Verf. bewiesene und unwiederlegbare Thatsachen. Hören wir: „Die auf die Gesammtleistung des Tages folgende reflectorische Parese der feinsten Hirngefässe, die

---

[1]) Zeitschr. f. Psychologie u. Physiologie der Sinnesorgane 1895, 2. Bd.

[2]) Andresen. The British med. J. Nr. 1700. 1893. Die Neurogia-Elemente im menschlichen Gehirn.

[3]) Cfr. Ueber die Schlaftheorien: Vogt, Zur Kenntniss des Wesens Bd. III, pag. 314 ff. — Schlafanämie pag. 321 ibidem. Ferner Zeitschr. f. Hypn. Bd. IV pag. 322 ff.

paretische Dilatation ihrer Wände bedingt eine Hyperämie über die ganze Hirnrinde" (pag. 98; ferner; „der definitive histogenetische Nachweis der Entwicklung der Neuroglia aus der primitiven Anlage der nervösen Grundmasse heraus" ist längst geliefert (pag. 382) und schliesslich „die moderne" Hirnhistologie hat nirgends einen directen Anschluss, eine organische Verbindung zwischen den Ausläufern zweier Ganglienverzweigungen nachweisen können" (pag. 87). Eine Theorie, die so schwach fundirt ist, die sich mit ihren Prämissen nur wieder auf Hypothesen stützt, schwebt vollständig in der Luft und das ganze mühsam aufgebaute Kunstwerk stürzt in sich zusammen, sobald ein einziger Grundstein hinweggenommen wird und so wird wohl College Sch. den Zusammenbruch seiner „Psychophysik des Schlafes" selbst nicht aufzuhalten versuchen, wenn er hört, dass in der That eine organische Verbindung, eine directe Congrescenz der Neurome seit Erscheinen seines Buches nachgewiesen ist.[1]) Sch. wird dann auch nicht mehr behaupten wollen dass er dem „unrealen, rein phantastischen Hemmungsmechanismus" der Psychologen eine Realität gegenüberzustellen vermochte. Brodmann-Leipzig.

M. Tippel, Leitfaden zum Unterricht in der Behandlung und Pflege der Geisteskranken für das Pflegepersonal. Berlin. Georg Reimer. 1897. 60 S. Pr. 1 M.

Es sei auf diesen im Ganzen recht empfehlenswerthen Leitfaden hiermit hingewiesen. O. Vogt.

O. Snell, Grundzüge der Irrenpflege für Studirende und Aerzte. Berlin. Georg Reimer. 1897. Pag. 132. Pr. 2 M.

Das vorliegende Buch soll jungen Collegen zur ersten Einführung in die Behandlung Geisteskranker dienen. Nach einer geschichtlichen Einleitung behandelt Verf. unter fleissiger Benutzung der diesbezüglichen deutschen Literatur der Reihe nach die Behandlung des Geisteskranken im Allgemeinen, die Irrenanstalt, die Pflege in derselben mit besonderer Berücksichtigung der künstlichen Ernährung, der Vermeidung von Infectionen und Folgen trophischer Störungen und der Unreinlichkeit und schliesslich die Dienstvertheilung in der Irrenanstalt. Frappiren muss in der Darstellung, dass der Verf. noch nicht von der Ueberflüssigkeit einer Zwangsjacke überzeugt ist. In den meisten Punkten kann man aber dem Verf. vollständig beistimmen und dementsprechend das kleine Werkchen warm empfehlen.

O. Vogt.

Dr. Starck, Heilerfolge durch Hypnotismus. Münch. med. Wochenschr. 1896, Nr. 32, pag. 741.

Die Möglichkeit einer Verwendung der Hypnose in der Chirurgie ist, trotz des weitverbreiteten und tiefgehenden Misstrauens, das von Seiten der deutschen Aerzte, insbesondere der deutschen Chirurgen dem Hypnotismus immer noch entgegengebracht wird, für den Verf. eine wissenschaftlich unanfechtbare Thatsache und zwar anerkennt er deren Bedeutung für die Chirurgie sowohl als directes Heilmittel, wie als diagnostisches Hilfsmittel und als Anästheticum. Getragen von

[1]) Cfr. Diese Zeitschrift das Referat über: Held, über den histologischen Bau der Nervenzelle. Ferner: A. v. Kölliker, Kritik der Hypothesen von Rabl-Rückhard und Duval über amöboide Bewegungen der Neurodendren.

dem Wunsche, rückständige Collegen aufzuklären und zu belehren und dem Hypnotismus „die ihm zukommende Stelle unter den zur Medicin gehörigen Factoren zu fixiren“, schreitet er zur Veröffentlichung einiger Beobachtungen, die er an der chirurgischen Klinik von Prof. Czerny in Heidelberg gemacht hat.

Verf. berichtet zunächst zwei interessante Fälle rascher Heilung durch hypnotische Suggestionen an der Hand von Excerpten aus den klinischen Krankengeschichten. Der eine Fall betrifft einen 56jährigen Arbeiter, der seit zwei Jahren an psychogenen Krampfanfällen im Gesicht und am Körper, an Magenkrämpfen, Erbrechen, Obstipation und Schlaflosigkeit litt. Seit einiger Zeit völlige Arbeitsunfähigkeit. Während die vorangegangene, sehr vielseitige und vielfältige Behandlung (Homöpathie, Allopathie, Wasserkünstler, Briefcuren etc.) ohne allen Erfolg geblieben war, sistirten die Anfälle unter hypnotisch-suggestiver Therapie von der vierten Sitzung ab gänzlich; nach drei Wochen konnte Pat. völlig geheilt entlassen werden und die Arbeit wieder aufnehmen. Ein Recidiv ist seither ($2^1/_2$ Jahre) nicht mehr eingetreten. Angesichts der überraschend schnellen Heilung verdient es Erwähnung, dass der Kranke nie somnambul wurde, weder Amnesie noch Analgesie zeigte, sondern nur in den zweiten Grad der Hypnose mit ausgeprägter Katalepsie (Hansen'sches Experiment!) gelangte.

Der zweite Fall beansprucht in differential-diagnostisch-chirurgischer Hinsicht ein ebenso grosses Interesse wie in therapeutischer. Eine 22jährige stets gesunde Krankenschwester, in Folge Scharlachs an rechtsseitiger Mittelohreiterung mit Taubheit auf diesem Ohre leidend und bereits zwei Mal am Processus mastoideus trepanirt, sollte einer nochmaligen ausgedehnten Schädeleröffnung unterworfen werden, da sich sehr bedenkliche auf Hirnabscess hinweisende Symptome eingestellt hatten (starker einseitiger Kopfschmerz, Erbrechen nach jeder Mahlzeit, Schwindel, Unfähigkeit zu Gehen, absolute Schlaflosigkeit); mangels einer genauen Localisation des diagnosticirten Abscesses und mangels der Stauungspapille und bestimmter Herdsymptome wurde die Operation zwecks weiterer Beobachtung verschoben. Verf. wagte unterdessen eine hypnotische Behandlung gegen Erbrechen und Schlaflosigkeit (Verbalsuggestion verbunden mit Kreismassage des Magens). In der I. Sitzung nach combinirter Methode nur Somnolenz ohne therapeutischen Erfolg, in der II. Katalepsie und Verhütung des Erbrechens; nach der IV. Sitzung auf einfachen Befehl Somnambulie mit Ausführung von Heilsuggestionen und innerhalb 16 Tagen Fortschritt der Besserung, so dass Pat., die seit Wochen das Bett hüten musste und sich in einem geradezu deplorabeln Zustande befand, wieder alle häuslichen und Feldarbeiten verrichten kann und sich, abgesehen von vorübergehenden Kopfschmerzen, wohl befindet. Der Process im Ohre ist in guter Heilung begriffen, wenn auch noch längere Behandlung erforderlich sein wird. Auch eine seit langem bestehende Amenorrhoe konnte durch hypnotische Suggestionen bereits in der vierten Sitzung beseitigt werden.

Des Weiteren erwähnt Verf., dass bei einem hypnotisirten Kranken an einem hochgradig verkrümmten Oberschenkel eine Infraction schmerzlos vorgenommen werden konnte, und dass durch Gehversuche in der Hypnose bei demselben Patienten in relativ kurzer Zeit wieder eine leidliche Gehfähigkeit erzielt wurde, während der Kranke vorher 14 Monate an das Bett gefesselt war. Massage eines sehr schmerzhaften Spitzfusses konnte in der Hypnose völlig schmerzlos ausgeführt werden.

Erbrechen oder Brechreiz nach der Chloroformnarcose ist nach den Erfahrungen

St.'s in einer hypnotischen Sitzung fast momentan zu beseitigen. Ueber blutige Eingriffe in der Hypnose äussert sich Verf. dahin, dass es sehr wohl möglich sei, gelegentlich eine Laparatomie in Hypnose auszuführen und empfiehlt dies besonders bei alten, gegen Chloroform empfindlichen Leuten. Er setzt sich damit in directen Gegensatz zu Schleich, der über die suggestive Anästhesie zum Zwecke von Operationen mit souveränem Lächeln und billigem Spotte hinweggeht. Verf. selbst hat nur kleine Operationen ausgeführt; er brannte einer Kranken in der Hypnose neun Warzen mit dem Glüheisen aus, ohne dass die geringste Empfindung geäussert wurde oder auch nur eine Erinnerung daran bestand.

Im Allgemeinen kann sich Ref. mit den Ansichten des Verf. einverstanden erklären, nur möchte er Anfänger vor Versuchen, wie sie Verf. mittheilt und bei einem Kranken in nicht ganz unbedenklichem Umfange gemacht hat, dringend warnen. Es soll durchaus nicht gesagt sein, dass derartige Experimente (posthypnotische Hallucinationen) irgend welchen Schaden anrichten müssen oder auch nur anrichten können, wenn sie unter Controle des Experimentators durchgeführt werden; aber nützen werden sie den Kranken auch nichts, als Unterhaltungsmittel sind sie unangebracht und zu Schaustellungen vor einem neugierigen Publikum unzulässig. Brodmann.

II. Psychopathologie.

Th. Ziehen, Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Halle a. K. S. Marhold. 60 Seiten.

Verliegende Schrift stellt sich die Aufgabe, den practischen Arzt, der in der Psychiatrie keine Specialkenntnisse besitzt, auf dem practisch besonders wichtigen Gebiete der Melancholie zu orientiren und ihm für sein Handeln Rath zu ertheilen.

Die Hauptsymptome der Melancholie sind: primäre Depression und primäre Denkhemmung — damit ist auch die Krankheit als eine affective Psychose characterisirt.

An Hand seines Krankenmaterials, das in einem Zeitraum von 9 Jahren 238 Fälle umfasst (160 Frauen und 78 Männer) bespricht der Autor eingehend Häufigkeit und Aetiologie der Melancholie. Nach seinen Erfahrungen sind neben der Erblichkeit vor allem Gemüthserschütterungen ätiologisch hochwichtig.

Daran reiht sich eine ausführliche Schilderung des klinischen Krankheitsbildes. Die hervortretenden Erscheinungen sind: Depression, Angst und Associationshemmung. Wahnvorstellungen treten secundär zu der primären Affectstörung hinzu. Hallucinationen und Illusionen sind inconstant und gehören durchaus nicht zum reinen Bilde der Melancholie. Nach dem äusseren Symptomcomplex unterscheidet der Verfasser 3 Formen der Melancholie: Melancholia passiva, attonita und agitata. Die Dauer der Melancholie beträgt im Durchschnitt 4—6 Monate und mehr; die Prognose ist relativ recht günstig. Bei richtiger Anstaltsbehandlung erreichen fast 90 % völlige Heilung; bei 22 % treten allerdings Recidive auf. Ausgang in secundären Schwachsinn, in secundäre Paranoia oder in chronische Melancholie ist recht selten.

Von dieser klassischen schweren Form der Melancholie unterscheidet der Autor eine leichtere „Hypomelancholie" oder melancholische Verstimmung,

die lediglich durch depressiven Affect und Associationshemmung characterisirt ist, bei der Angst und Wahnvorstellungen jedoch fehlen. Verlauf meist protrahirt.

Andere Formen zeichnen sich aus durch Vorwiegen von Apathie, oder von Hallucinationen oder von Zwangsvorstellungen. Bei andern handelt es sich um Complicationen von Melancholie mit Neurasthenie oder von Melancholie mit Hysterie. Gar nicht so selten endlich sind die periodischen Melancholieen.

Der Erkennung der Melancholie ist ein langes Kapitel gewidmet. Der Autor giebt da eine Menge von Frageformeln, die der Arzt zweckmässigerweise an den Patienten richten soll. Ob freilich mit solchen Schemata viel ausgerichtet sei, darüber lässt sich streiten. Im einzelnen Falle wird sich doch der Arzt von seinem persönlichen Tact und seiner Geschicklichkeit müssen leiten lassen. Im Folgenden wird dann recht klar und übersichtlich die Differentialdiagnose der Melancholie, vor Allem gegenüber der progressiven Paralyse, abgehandelt.

Das Schlusskapitel ist der Behandlung der Melancholie gewidmet und legt geschickt gerade auf dasjenige das Hauptgewicht, was für den Arzt draussen in der Praxis in Betracht kommt: ob der Kranke die Anstalt notwendig hat oder nicht, wie er bis zur Ueberführung in die Anstalt zu behandeln sei, wie endlich bei eventueller dauernder häuslicher Pflege zu verfahren sei.

Kranke mit Angstaffecten, mit erfahrungsgemäss grosser Neigung zu suicidium, gehören unbedingt in eine Anstalt, am besten in eine staatliche Anstalt. Hauptmittel der Behandlung sind Bettruhe, Opium, hydropathische Einpackungen.

Für dauernde häusliche Behandlung eignen sich nur die leichten Fälle, sog. Hypomelancholieen. Für diese stellt der Autor ein ausführliches Regime auf, mit mannigfachen Winken und Rathschlägen.

Vorliegende Schrift ist leicht verständlich und sehr lesbar geschrieben; sie wahrt stets den Standpunkt des Practikers und verliert sich niemals in theoretische Auseinandersetzungen. Dem Practiker, der darin sicher finden wird, was er sucht, sei sie drum bestens empfohlen. Bauer-Zürich.

Carl Schaffer, Ueber cerebrale Neurasthenie und deren Verhältniss zur progressiven Paralyse. Pester Med.-Chirurg. Presse: XXXIII. Jahrgang. 1897.

Die ganze Betrachtung läuft auf eine, nach Ansicht des Ref. nicht glückliche Erörterung der Differenzialdiagnose zwischen Cerebrasthenie und Paralyse hinaus. Die Lockerung des Verhältnisses der sog. Cerebrasthenie zur allgemeinen Neurasthenie, die der Verf. versucht, hält Ref. nicht für angebracht. Die Hypothese von der functionellen Hyperämie, auf Grund deren die Cerebrasthenie und dann die Paralyse entstehen sollen, ist nicht beweiskräftig gestützt.

Wenn das Verhältniss der Neurasthenie zur Paralyse besprochen werden soll, so muss nach Ansicht des Ref. zwei Möglichkeiten Rechnung getragen werden: entweder gehen dem Ausbruch der Paralyse die neurasthenischen Erscheinungen kurz vorher, also ca. 1—2 Jahre — in welchem Falle man schon lange gewohnt ist von dem neurasthenischen Vorstadium der Paralyse zu sprechen — oder aus einer schon 10—15 Jahre bestehenden Neurasthenie entwickelt sich allmählich die Paralyse. Dies letztere Verhältniss ist es wohl zumeist, das dem Verf. vorschwebt, obgleich es aus seinen Ausführungen nicht mit genügender Deutlichkeit hervorgeht. Ausserdem ist Ref. der Ansicht, dass man gewohnt ist, die Frühsymptome der

Paralyse zeitlich viel zu sehr in der Nähe des Ausbruchs der manifesten paralytischen Erscheinungen zu suchen, und dass eine Paralyse sehr wohl schon sogar ein Jahrzehnt seine Vorboten als neurasthenische Erscheinungen vorausschicken kann.

Das Resultat der ganzen Untersuchung ist, dass sich aus einer Cerebrasthenie eine Paralyse entwickeln kann, die Hauptfrage, die einem bei dem Gedanken an das Verhältniss der Neurasthenie zur Paralyse aufsteigt: welche Form der Cerebrasthenie führt nun zur Paralyse, welche Umstände müssen hinzukommen, um aus dem Cerebrastheniker den Paralytiker zu machen, diese Frage wird nur ganz am Schluss mit den Worten berührt und abgethan „es mag nur in der individuellen Resistenz des Gehirnes liegen“. Tecklenburg-Lindenhof-Coswig.

Ueber Zwangsvorstellungen.

Von

Dr. Arie de Jong-Haag.

(Nach einer Mittheilung auf dem internationalen Congress zu Moskau.)

Es kommt mir vor, dass wir, seitdem die hypnotische Suggestion in die Medicin eingeführt wurde, bessere Gelegenheit haben, die Zwangsvorstellungen zu studieren. Viele Aerzte, nicht Specialisten, glaubten früher, und meiner Erfahrung nach giebt es auch jetzt noch solche, dass Zwangsvorstellungen nicht der Therapie zugänglich seien. Sehr oft hörte ich von Kranken, dass sie vergebens Hülfe gesucht hätten, selbst bei verschiedenen Aerzten, und meist, dass sie als Antwort bekamen: „Ja, daran kann ich nichts thun“; „das ist nur Einbildung“; „Sie sollen diese eingebildeten Ideeen mit Gewalt unterdrücken“ u. s. w.

Der Ruf nun, welchen sich die hypnotische Suggestion als Heilmittel für viele Nervenkrankheiten, wo andere Heilmittel erfolglos blieben, erworben hat, ein Ruf, welcher natürlich durch viele Laien in übertriebenem Sinne ausgedehnt wird, ist meiner Meinung nach eine der ersten Ursachen, dass viele Kranke mit Zwangsvorstellungen jetzt zu uns kommen, um Hülfe zu suchen. In den letzten 8 bis 9 Jahren meiner 23jährigen Praxis als Specialarzt für Nervenkranke sah ich unendlich viel mehr Fälle dieser Krankheit wie in den früheren Jahren, und in unerwarteter Mannigfaltigkeit.

Es liegt nicht in meinem Plan, über diese verschiedene Formen von Zwangsvorstellungen zu sprechen. Ich habe mir nur vorgenommen, in wenigen Worten etwas über die Art und Weise des Entstehens solcher Zwangsvorstellungen zu sagen.

Im Allgemeinen kann man sagen, dass sich die Zwangsvorstellungen meistens als psychische Stigmata degenerationis manifestiren. Aber nicht immer ist dieses der Fall. Mehrere Fälle habe ich beobachtet, wo von Degeneration keine Rede war (einige dieser Fälle habe ich in Moskau mitgetheilt). Liegen den Zwangsvorstellungen pathologisch-

anatomische Aenderungen zu Grunde? Man weiss es nicht; aber ich halte es nicht für wahrscheinlich. In mehreren Fällen, wo doch schon viele Jahre die Zwangsvorstellungen bestanden hatten, sah ich diese in einer oder in einigen Sitzungen durch hypnotische Suggestion, ja selbst durch Wachsuggestion schwinden und wirklich heilen. In solchem Falle sind doch materielle Aenderungen im Gehirn wohl nicht anzunehmen. Ich meine die Zwangsvorstellungen im Allgemeinen auffassen zu müssen als Autosuggestionen. Das schnelle Verschwinden durch Gegensuggestionen liefert dafür, meiner Meinung nach, einen sehr annehmbaren Beweis.

Für das Zustandekommen dieser Autosuggestionen muss nun ein suggerirender Factor, eine „cause suggérante“ existiren.

Einen Fall theilte ich in Moskau mit, wo der suggerirende Factor (la cause suggérante) eine Erectio penis war, ferner ein paar Fälle, wo die Zwangsvorstellung einer Agoraphobie durch auf eine Gastritis zurückzuführenden Schwindel suggerirt wurde und Behandlung der Gastritis direct Besserung und sehr bald Heilung der Agoraphobie zu Stande brachte. In diesen Fällen von Agoraphobie konnte ich als erstes Symptom vor dem Zustandekommen der Agoraphobie das Vorhandensein von Schwindel constatiren. Aus diesem Schwindel entwickelte sich später die Platzangst, oder mit anderen Worten: der Schwindel war „la cause suggérante“ der Agoraphobie.

Dass sich aus Schwindel Platzangst entwickeln kann, habe ich durch Selbstbeobachtung constatiren können. Von Zeit zu Zeit leide ich in Folge von Malaria an Schwindel, einem Schwindel, welcher, so lange ich im Hause bin, leicht erträglich ist. So bald ich aber in diesem Zustand auf die Strasse gegangen bin, empfand ich ein Gefühl von Angst. Dieses Angstgefühl wurde dann immer bedeutender, wenn ich auf grosse Plätze oder in breite Strassen kam. Ferner wurde die Angst sehr durch Licht beeinflusst. Beim hellen Sonnenschein war die Angst immer schlimmer als bei dunklem Wetter. Nachdem ich diese Selbstbeobachtung gemacht habe, habe ich öfter Patienten, welche mich wegen Schwindels consultirten, gefragt, ob sie dieselbe Beobachtung gemacht haben. Von mehreren habe ich eine positive Antwort bekommen.

Der Arzt wird, glaube ich, immer gut thun, bei Kranken mit Zwangsvorstellungen zu untersuchen, ob er eine psychische oder körperliche „Cause suggérante“ für die Zwangsvorstellungen finden kann.

Ein Fall von Muskelkrampf (Tic rotatoire).

(Ideopathische Spasmen der Hals-Nacken-Muskulatur. Heilung durch die Psychotherapie, nachdem alle anderen Heilversuche, auch chirurgische, sich nutzlos erwiesen.)

Beobachtung

von

Dr. **A. W. van Renterghem**-Amsterdam.[1])

Für die Tagesordnung dieses Congresses, welcher sich mit dem therapeutischen Werth des Hypnotismus und der Suggestion beschäftigt, möchte die folgende Beobachtung von einiger Bedeutung sein, da sie in gewissem Grade die Indicationen dieser Art der Psychotherapie zu erweitern berufen sein dürfte. [2])

Am 3. October 1896 bat mich Dr. d'Ailly-Amsterdam einen seiner Kranken in Behandlung zu nehmen, der seit mehreren Monaten an einer äusserst hartnäckigen, jeder Behandlung trotzenden Form von spastischem Torticollis leide. Seine Angaben waren folgende:

Anamnese: M. R. ist 42 Jahre alt, Kaufmann, verheirathet, lebt kinderlos in geordneten Verhältnissen. Schon seit einer Reihe von Jahren ist Dr. d'Ailly Hausarzt in der Familie R. und kennt denselben seit seiner Kindheit. Er hat ihn im Jahre 1875 und 1876 in Gemeinschaft mit dem verstorbenen Professor Tilanus an einer Meningitis behandelt. Im Verlauf dieser langwierigen Krankheit hat Patient viel an Nackenschmerzen und clonischen Krämpfen der Halsmuskulatur gelitten. Seitdem war M. R. niemals mehr erheblich krank. Sein Gesundheitszustand liess bis zum November 1895 nichts zu wünschen übrig. Zu dieser Zeit (Nov. 1895) bekam er eine sehr schwere beiderseitige Entzündung der cervicalen

---

[1]) Vorgetragen auf dem internationalen Congress für Neurologie und Hypnologie, abgehalten am 14. bis 19. Sept. 1897 zu Brüssel.

[2]) Vgl. die Beobachtung Tatzel's über einen Fall von clonischem Krampf der Accessoriusmuskulatur. Diese Ztschr., Bd. III, pag. 262 ff.

Lymphdrüsen. Die Anschwellung war enorm und umfasste die ganze Hals- und Nackengegend, Patient bot das Bild eines Stiernackens dar und konnte den Kopf nicht bewegen. Nach einer Jodkali-Behandlung wich die Anschwellung bald fast vollständig. Es waren von der Entzündung nur noch einige wenige hyperplasirte Drüsen übrig, als der Kranke am 16. Februar 1896 erst Zittern, später clonische Zuckungen in der rechtsseitigen Hals- und Nackenmuskulatur bemerkte. Dies beunruhigte ihn und er theilte die Sache seinem Arzte mit, welcher Brom verschrieb und den faradischen Strom anwendete. Als dies alles erfolglos blieb, schlug der zur Consultation gebetene Prof. Stockvis die Massage vor. Nachdem diese Behandlung einen Monat hindurch ohne bemerkbaren Nutzen fortgesetzt war, unterwarf der zur Consultation gebetene Dr. Wertheim-Salomonson den Patienten der galvanischen Behandlung. Diese Behandlung brach Patient selbst nach 7 Tagen am 29. April ab, da ihm der Glaube an deren Wirksamkeit fehlte. Dr. d'Ailly brachte ihn dann dahin, sich für einige Zeit einer absoluten Bettruhe zu unterwerfen. Diese Maassregel hatte mehr Nutzen als alles Vorhergegangene, aber die Spasmen wichen auch hierbei keineswegs. Patient sollte dann sich in einem Amsterdamer Krankenhause behandeln lassen (dem Burgerziekenhuis). Dort aufgenommen am 28. Mai kam er in die Behandlung des Chef-Arztes Dr. Stephan. Man wandte hier nach einander die Massage, die Hydrotherapie und endlich chirurgische Maassnahmen, besonders Dehnung der Rückennerven, Orthopädie und schliesslich krampfstillende Medicamente an. Der Kranke erhielt einen Apparat, der eine Fixation des Kopfes und Verhinderung der abnormen Bewegungen bezweckte. Mit diesem verliess er das Krankenhaus am 11. August, enthielt sich dann jeglichen anderen Heilversuchs und trug den Apparat noch fernere 6 Wochen. Darnach legte er ihn, da er keinerlei Besserung sah, bei Seite und consultirte Dr. Gohl, Specialarzt für Chirurgie. Dieser meinte, dass man vor Anwendung jeder weiteren chirurgischen Maassnahme doch zunächst einmal die hypnotische Suggestion versuchen solle.

Dr. d'Ailly bat um meine Gegenäusserung, ob die Psychotherapie nach meiner Ansicht im vorliegenden Falle von Erfolg begleitet sein würde.

Ich gab mein Urtheil dahin ab, dass ein Erfolg unsicher, aber durchaus möglich sei. Ich sei zur Uebernahme der Behandlung bereit.

Der College versprach mir dagegen, sein Möglichstes zu thun, um dem Kranken die Psychotherapie annehmbar erscheinen zu lassen und sein Vertrauen in meine Person und die Behandlungsweise nach Kräften zu befestigen.

Am 4. October stellte sich M. R. bei mir vor. Ich bat ihn, mir möglichst vollständig seine Krankengeschichte vorzutragen. Um Wiederholungen zu vermeiden, beschränke ich mich hier darauf, die Angaben von Dr. d'Ailly zu vervollständigen. Der Kranke gestand mir, dass er immer sehr leicht zum Zorn geneigt gewesen sei. Diese Disposition habe sich durch die Krankheit sehr verschlimmert. Er gerathe durch die geringste Kleinigkeit in Zorn. Die Spasmen, welche ihn jetzt quälen, seien in jeder Hinsicht identisch mit denen vor 20 Jahren. Jene Spasmen vor 20 Jahren seien verursacht durch Anwendung der irritirenden Autenrieth'schen Pomade in der Nackengegend und seien durch warme Cataplasmen zur Heilung gebracht. Es ist ihm unbegreiflich, wie dieses Mal die Symptome so hartnäckig jeder Behandlung trotzen könnten. Er zweifelt nicht an der Möglichkeit einer

Heilung, aber er hat bis jetzt zu keiner der angewendeten Behandlungsweisen Vertrauen gehabt.

Er ist sehr dem ärztlichen Einfluss zugänglich und fragt in allen Angelegenheiten seinen Arzt Dr. d'Ailly, der sein ganz besonderes Vertrauen hat, um Rath.

Status praesens 4. Oct. 1896.

Patient, ein Mann von mittlerer Grösse, gut gebaut, gesunder Gesichtsfarbe, tritt in mein Sprechzimmer ein, den Kopf fest nach hinten und rechts geneigt, das Gesicht nach oben und links gewendet. Er setzt sich und einige Augenblicke später gelingt es ihm, den Kopf zu drehen und mir gerade ins Gesicht zu sehen. Diese letztere Stellung ermüdet ihn und er vermag sie nur einen Augenblick einzuhalten, sehr bald nimmt der Kopf die fehlerhafte Stellung wieder ein. Dasselbe Spiel wiederholt sich in verschieden langen Zwischenräumen während der Zeit, wo er mir seine Krankengeschichte mittheilt, mehrmals. Als Ursache dieser Erscheinung erkennt man einen Spasmus der muscul. sterno-mastoid. und trapez. der rechten Seite. Diese zeigen, wie ich mich überzeugen konnte, während der Periode der Zusammenziehung eine deutliche Härte und Spannung. Am äusseren Rande des rechten Musc. mastoid. zeigt sich eine lineare Narbe. Keine Drüsenschwellung. Die Pupillen reagiren normal. Die Sehnenreflexe sind normal. Keine Störungen der Motilität oder der Sensibilität. Keine hysterischen Stigmata. Brust- und Bauchorgane ohne nachweisbare Störungen. Patient äussert, dass er eine Zeit lang, eine besonders beim Schlingact auftretende unangenehme Empfindung im Schlund gehabt habe, welche er indess in den letzten Tagen nicht mehr bemerkt habe. Seine Aerzte hätten diese Empfindung auf eine Reizung durch eine kleine Geschwulst im linken Theile des Pharynx zurückgeführt. Bei einer Ocular-Inspection finde ich nichts Anomales, keinen Tumor, eine normale Sensibilität der Schleimhaut, keine Geschmacksstörung. Pharynx-Reflex und Motilität der Zunge normal.

Der allgemeine Gesundheitszustand lässt wenig zu wünschen übrig. Patient schläft Nachts gut, hat guten Appetit, gute Verdauung, guten Stuhl. Er klagt besonders über grosse psychische Unruhe, Angstgefühle. Unaufhörlich fühlt er das Bedürfniss, seinen Kopf mit der Hand festzuhalten oder gegen die Stuhllehne, gegen die nahe Wand oder, im Bette ins Kopfkissen zu drücken. Er legt sich mit Vorliebe auf die rechte Seite. Ohne Kopfstütze zu stehen, gehen, lesen oder schreiben kostet ihn viel Anstrengung und ermüdet ihn. Er ist traurig und muthlos. Früher gewohnt in seinem Berufe rege thätig zu sein, täglich seine Börsengeschäfte abzuwickeln, seinem Bureau vorzustehen, sieht er sich jetzt gezwungen, seine Arbeiten auf ein Minimum zu beschränken und die Hauptarbeit Anderen zu überlassen. Er fürchtet, dass sein Geschäft bald unter seiner Krankheit leiden wird und dass ihm seine Concurrenz lästig werden wird. Er geht so wenig wie möglich aus, einmal, weil er leicht ermüdet, dann aber auch, weil alle Welt ihn anstaunt und ihn zu seinem grössten Aerger immer wieder nach seinem Befinden fragt.

Therapie. Nach Aufnahme dieser Angaben wurde mir von M. R. die categorische Frage vorgelegt, ob ich ihn heilen zu können glaubte. Ich sagte ihm, dass ich ihn sicher heilen könne, wenn er unbedingtes Zutrauen in mich haben wolle und wenn er über eine genügende Dosis Geduld verfüge. Ich gab ihm die Versicherung, dass absolut keine organischen Veränderungen vorhanden seien und dass ich seine ihm so lästigen Krämpfe als eine locale Neurasthenie ansähe, die bei der durch sein nervöses Temperament geschaffenen Disposition jetzt durch die

Lymphdrüsenentzündung ebenso veranlasst sei, wie damals vor 20 Jahren durch die Application der scharfen Salbe. Ich stellte ihm die jetzige Krankheit als ein Wiederauftreten der damaligen Krämpfe vor. Die beruhigende Wirkung der hypnotischen Suggestion würde ihn jetzt ebenso heilen, wie damals die Wirkung der Cataplasmen. Ich versuchte ihm die Wirkungsweise der Suggestion zu erklären. Ich legte besonderes Gewicht auf eine täglich zur bestimmten Stunde wiederholte Suggestion, welche durch eine leichte Massage der betheiligten Muskeln verstärkt werde. Ich gab ihm die Erklärung, dass bei dieser Behandlung die Suggestion die Hauptrolle spiele, dass der künstliche Schlaf zur Noth entbehrlich sei und hauptsächlich zur Stütze und Verstärkung diene, ich machte ihn darauf aufmerksam, dass im Laufe der Besserung recidivartige Verschlimmerungen eintreten könnten, durch welche er sich nicht entmuthigen lassen dürfe. Endlich gab ich allgemeine Vorschriften: Absolute Abstinenz vom Alcohol, zwei Cigarren pro Tag, fortgesetzt gute Ernährung, Abends 11 Uhr zu Bett gehen und Morgens zeitig aufstehen, Beschränkung seiner Beschäftigung auf das unbedingt nothwendige Minimum und last not least sich nicht ärgern, da nichts für ihn schädlicher sei als eine zornige Verstimmung.

Nun placirte ich M. R. auf einer Chaiselongue. Er legte sich auf die rechte Seite, den Kopf in das Kissen gedrückt. Ohne viel Mühe erreichte ich bald bei ihm einen Zustand von Somnolenz, in welchem die abnormen Bewegungen aufhörten. Er erhielt zunächst nur die allgemeinen Suggestionen der Ruhe und des Wohlbefindens. Er werde leichter der Neigung zum Zorn widerstehen können und während ihn sonst jeder Aerger nervöser mache, werde bei dieser Selbstbezwingung die Reizbarkeit geringer werden und die grössere Gemüthsruhe werde nicht verfehlen einen heilsamen Einfluss auf die Spasmen auszuüben, welche an Intensität und an Frequenz abnehmen würden.

Unter sanftem Streichen der betheiligten Muskeln wiederhole ich diese Suggestionen mit Pausen von einer Viertelstunde zwei bis drei Mal und wecke den Patienten nach etwa einer Stunde. Nunmehr kann Patient den Kopf ohne grosse Anstrengung eine kurze Zeit lang richtig bewegen ohne fernere dahinzielende Suggestion.

M. R. zeigt sich zufrieden und meint, dass er sich sehr ruhig gefühlt habe, er erinnert sich aller meiner Worte, die ihm sehr wohlthuend gewesen sind. Er hat sie sich während meiner zeitweiligen Abwesenheit immer wiederholt. Zuerst habe ihn die Berührung meiner Hand etwas erregt und den Spasmus und die Steifigkeit verstärkt, dann sei aber durch das fortgesetzte Streichen eine angenehme Beruhigung eingetreten. „Ich habe nicht geschlafen — sagte er — ich hätte jeden Augenblick die Augen öffnen können, ich hätte mich erheben können, wenn ich gewollt hätte, ich habe es aber nicht gethan, um Ihnen nicht entgegen zu handeln.“ Ich billigte das — ich wisse sehr wohl, dass er nicht geschlafen habe, der hypnotische Schlaf sei ja auch nicht nöthig für den Erfolg, sein guter Wille und seine Mitarbeit seien mir werthvoll. Er solle nur so weiter meine Bemühungen unterstützen und jede innere Störung des Zustandes suggestiver Empfänglichkeit unterdrücken. Er solle mich bis auf Weiteres zur selben Stunde besuchen, sich möglichst oft meine Suggestionen vorhalten und gewissenhaft die allgemeinen Vorschriften befolgen.

Bis Ende November kam M. R. regelmässig täglich zu den Sitzungen. Nur

bei sehr wichtigen Berufsgeschäften setzte er einmal eine Sitzung aus. Während dieser Zeit besserte sich sein Zustand wesentlich. Die Anfälle nahmen deutlich an Stärke und Häufigkeit ab und er wurde ruhiger. Sein Humor stellte sich wieder ein, er ärgerte sich nicht mehr. Er war weniger leicht müde, arbeitete lieber; die wohlwollenden Erkundigungen nach seinem Befinden ärgerten ihn nicht mehr. Er befolgte im Uebrigen buchstäblich meine Vorschriften, er lebte und webte förmlich in denselben und hielt sich stets vor der Siesta meine Suggestionen und Redewendungen lebhaft vor.

Am 28. November begleitete er zum ersten Mal seit seiner Erkrankung seine Frau zu einer Abendgesellschaft bei Freunden und am anderen Tage präsidirte er einer Versammlung und nahm an einem Banquet Theil, ohne dadurch Nachtheil zu verspüren. Er war aber bitter enttäuscht, als er am folgenden Tage Morgens beim Aufstehen einen gewissen Widerstand beim Bewegen des Kopfes verspürte; auf einmal nahm dann der Spasmus die frühere Häufigkeit und Stärke wieder ein. Er wurde muthlos und war einige Tage gänzlich deprimirt. Am 4. December war er so verzweifelt, dass er mich ernstlich fragte, ob ich nicht auch dächte, dass er ruhig die Cur aufgeben solle. Ich erinnerte ihn dann daran, dass ich ihm beim Beginn der Behandlung vorausgesagt hätte, dass solche Verschlimmerungen sich einstellen könnten, dass er keinen Grund zur Muthlosigkeit und zur Verzweiflung habe. Es gelang mir, ihm wieder Muth einzureden und zwar wurde gerade an diesem Tage der Schlaf tiefer wie gewöhnlich. Ich machte mir diese Schlaftiefe zu Nutze, um seinen Kopf von rechts nach links zu drehen und in dieser Stellung festzuhalten. Nach dem Erwachen war M. R. wie umgewandelt, er hatte das Gefühl gehabt zu schlafen und gab dies mit Freuden zu. Der heilsame Einfluss dieses Schlafes war in die Augen springend. Patient konnte den Kopf frei bewegen, er fühlte sich im Stande, eine Zeit lang die spastischen Bewegungen im Entstehen zu unterdrücken, die traurigen Gedanken verliessen ihn und die Heilung nahm nunmehr mit Riesenschritten ihren Fortgang. Am 10. December war er so befriedigt von seinen Fortschritten, dass er bat, den Dr. Stephan, der sich für ihn interessirte, besuchen zu dürfen, um ihm die gute Nachricht zu überbringen.

Von da ab liess ich die Sitzungen seltener werden und sah den Kranken nur zwei Mal wöchentlich. Am 1. März fühlte er sich so wohl, dass ich ihm rieth, überhaupt nicht mehr zu kommen. Der Spasmus war vollständig verschwunden. Von Zeit zu Zeit fühlte Patient den Drang, den Kopf zu drehen und ihn in die falsche Lage zu stellen, aber er konnte diesem Drange widerstehen. Immerhin blieb eine gewisse Ungelenkigkeit des Halses bestehen. Anfangs Mai besuchte mich M. R. wieder. Er konnte nur Gutes berichten. Er hatte — wie er erzählte — in der vorigen Woche einen thé dansant mitgemacht. Er hatte mit getanzt und sich vorzüglich amüsirt. Er besorgte alle laufenden Geschäfte, konnte den Kopf frei nach allen Richtungen hin bewegen, ohne jede Anstrengung, ohne Steifigkeit. Er kam nur, um sich wieder vorzustellen und um mir zu zeigen, dass der Erfolg dauernd sei. „Sie haben mich nicht nur“ — sagte er — „von meinem Spasmus, sondern auch von meinen stetigen Aergern befreit.“[1])

---

[1]) Ich habe den Kranken zuletzt einige Tage vor meiner Abreise nach Brüssel gesehen. Er war dauernd wohl.

Epikrise.

Da die gewöhnlichen Medikationen: Arzneien, Electricität, Hydrotherapie, Massage nur ganz ausnahmsweise den ideopathischen Spasmus geheilt haben, so suchten die Neurologen schliesslich ihr Heil in der chirurgischen Behandlung. Man versuchte verschiedene Operationen, besonders die Nervendehnung, die Neurotomie, die Tenotomie ohne wesentliches Resultat. Erst ganz neuerdings hat die Methode von Dr. Kocher, Prof. der Chirurgie zu Bern, mehr Erfolg aufzuweisen. Nach einer kürzlichen Veröffentlichung seines früheren Assistenten Dr. Guesonin hat Kocher in 7 Fällen von 12 Operationen Heilung zu verzeichnen gehabt. Das Verfahren besteht darin, dass in aufeinander folgenden Sitzungen alle betheiligten Muskeln subcutan durchtrennt werden. Man kann Kocher die Anerkennung nicht versagen, dass er die Therapie um ein Hülfsmittel bereichert hat, welches man in allen sonst aussichtslosen Fällen versuchen kann und muss. Doch lässt mich der Erfolg bei obiger Beobachtung hoffen, dass man in Zukunft, ehe man zu Kocher's Verfahren greift, erst einen ernstlichen Versuch mit der Psychotherapie macht. Ich sage absichtlich mit der „Psychotherapie“ und nicht mit der Suggestivmethode als solcher, denn wenn letztere auch in hohem Maasse zur Heilung beigetragen hat, so ist doch ein grosser Theil des Erfolges der systematischen Anwendung verschiedener Arten psychischer Einwirkung zu verdanken, also der Psychotherapie im weiteren Sinne des Wortes.

Es handelte sich in unserem Falle um eine acute Neurose (eine erworbene Hysterie), die sich nach einer Entzündung der cervicalen Lymphdrüsen ausgebildet hatte. Man sieht in der That häufig, wie sich nervöse Störungen oder psychopathologische Zustände nach schweren Krankheiten bei prädisponirten Leuten ausbilden und schliesslich auch bei nicht Prädisponirten, welche niemals Symptome von Hysterie gezeigt haben. Mit ebenso viel Recht könnte man diesen Tic als eine erworbene locale Neurasthenie bezeichnen, als eine functionelle Störung, die sich als Complication zu einem in Heilung übergegangenen organischen Leiden hinzugefunden hat.

In Fällen von Hysterie oder Neurasthenie kann jedwede Behandlung zum Ziele führen. Diejenige, welche sowohl beim Arzt wie beim Patienten das meiste Vertrauen geniesst, wird sicherlich die meiste Aussicht auf Erfolg darbieten. Man kann also immer wieder nur sagen, dass die Suggestion die Quintessenz jeder Therapie ist.

Man fragt sich unwillkürlich: wäre der Kranke nicht ebenso gut

und ebenso rasch geheilt, wenn er sich eine Zeit lang jeder Behandlung enthalten hätte.

Man sieht in der That zuweilen nervöse Störungen auftreten und sich fixiren, wenn man sich zu sehr darauf steift, den Kranken heilen zu wollen. Wenn man in solchen Fällen der Natur freies Spiel lässt und von jeder Beeinflussung absieht, kommt man eher zum Ziel. Ich glaube indessen nicht, dass ein exspectatives Verhalten in unserem Falle diese Wirkung gehabt haben würde. Bekanntlich ist die Dauer der Muskelkrämpfe eine sehr lange und sie pflegen sich mit gelegentlichen Remissionen gewöhnlich zu verschlimmern.

Gegen alle diese Bedenken lässt sich constatiren, dass hier ein Fall von Muskelkrampf, der mehreren, von sehr competenten Aerzten genügend lange fortgesetzten Heilversuchen hartnäckig getrotzt hatte, endlich einer systematischen psychischen Behandlung gewichen ist und ich glaube nicht zu viel zu sagen, wenn ich die endgültige Heilung als einen Triumph der Psychotherapie darstelle.

Es handelte sich um eine functionelle Störung, die durch Suggestion beeinflusst und geheilt werden konnte. Die larvirte Suggestion ist nicht zum Ziele gelangt, da der Patient nicht genügendes Vertrauen in die eingeschlagenen Behandlungsweisen hatte. Ich habe ihm das genügende Vertrauen gegeben und die blosse Suggestion hat ihre Wirkung nicht verfehlt. Ich kann schliesslich hervorheben, dass die ärztliche Welt anfängt, den Werth der Suggestion besser zu schätzen. Diese grössere Werthschätzung der Suggestion war es, die den geschätzten Chirurgen der Wilhelmina (gasthuis d'Amsterdam) Dr. Gohl von dem Kocher'schen Verfahren absehen und seinen Kranken meiner Behandlung überweisen liess.

Literaturzusammenstellung

über

Aphasie.

Von

Oskar Vogt.

(1. Fortsetzung.)

---

5. *W. Elder*, Agraphie and the Question of the Existence of a special Graphic Centre. The Scottish Medical and Surgical Journal. Edinburgh, März 1897.

Es handelt sich um Mittheilungen aus einer grösseren demnächst erscheinenden Arbeit „Aphasie and the Cerebral Speech Mechanism“.

Verf. behandelt im ersten Artikel die Schreibstörungen bei anderweitigen Sprachstörungen. Von diesen unterscheidet Verf. corticale, subcorticale und transcorticale (Verf. selbst wendet die Nomenclatur Wyllies an) auditive, visuelle und motorische Aphasien und Leitungsaphasien.

I. a. In der corticalen auditiven Aphasie zeigt Pat.:

1. Fähigkeit, willkürlich zu schreiben; aber er ist meist paragraphisch.
2. Unfähigkeit, auf Dictat zu schreiben.
3. Copie als Zeichnung.

I. b. In der subcorticalen auditiven Aphasie zeigt Pat.:

1. Fähigkeit, willkürlich zu schreiben.
2. Unfähigkeit, auf Dictat zu schreiben.
3. Copie in handschriftlicher Form.

I. c. In der transcorticalen auditiven Aphasie zeigt Pat.:

1. Fähigkeit, willkürlich zu schreiben.
2. Fähigkeit, Buchstaben und kurze Worte auf Dictat zu schreiben.
3. Copie als Zeichnung.

II. a. In der corticalen visuellen Aphasie zeigt Pat.:

1. Unfähigkeit, willkürlich zu schreiben.
2. Unfähigkeit, auf Dictat zu schreiben.
3. Copie als Zeichnung.

Verf. bildet die Schrift eines Pat. ab. Von diesem berichtet Verf., dass er an chronischer Pachymeningitis litt, dass er (Verf. giebt keine Einzelheiten) ohne Symptom einer auditiven oder motorischen Aphasie weder laut, noch leise lesen konnte und beinahe vollständig agraphisch war.

II. b. In der subcorticalen visuellen Aphasie zeigt Pat. (Verf. giebt an, einen solchen Fall von Déjerine's „Cécité verbale pure“ beobachtet zu haben).

1. Fähigkeit, willkürlich zu schreiben.
2. Fähigkeit, auf Dictat zu schreiben.
3. Copie als Zeichnung.

II. c. In der transcorticalen visuellen Aphasie zeigt Pat. wahrscheinlich:

1. Unfähigkeit, willkürlich zu schreiben.
2. Unfähigkeit, auf Dictat zu schreiben.
3. Copie als Zeichnung.

Verf. glaubt einen derartigen Fall in dem annoncirten Werk zu beschreiben.

III. a. In der corticalen motorischen Aphasie zeigt Pat.:

1. Unfähigkeit, willkürlich zu schreiben.
2. Unfähigkeit, auf Dictat zu schreiben.
3. Copie als Zeichnung (sic!).

III. b. In der subcorticalen motorischen Aphasie zeigt Pat.:

1.
2. } Keine Schreibstörung.
3.

Verf. erklärt den hysterischen Mutismus für diese Form von Aphasie.

III. c. In der transcorticalen motorischen Aphasie zeigt Pat.:

1. Unfähigkeit, willkürlich zu schreiben.
2. Fähigkeit, auf Dictat zu schreiben.
3. Copie in handschriftlicher Form.

IV. In der Leitungsaphasie zeigt Pat.:

1. gewöhnlich Fähigkeit, willkürlich zu schreiben }
2. gewöhnlich Fähigkeit, auf Dictat zu schreiben } aber zugleich Paragraphie und ev.
3. Copie in handschriftlicher Form } „Wortintoxication“.

Verf. giebt Schriftproben von einem Fall, den er hierher rechnet. Derselbe zeigte Paraphasie, Paragraphie, Amnesia verbalis und articulativa. Organische Ursache unbekannt. Keine Section. Keine näheren Angaben der klinischen Symptome.

Im zweiten Theil seiner Arbeit führt Verf. aus, dass jede Schrift gewisse individuelle motorische Eigenthümlichkeiten habe. Diese seien nur characteristisch für die Schrift mit der rechten Hand und für Spiegelschrift mit der linken Hand. Weiterhin hat Verf. spontane Spiegelschrift nur bei geübten Schreibern gefunden. Daraus schliesst Verf., dass in der Nachbarschaft der corticalen Centren für Bewegung der *r.* Hand specielle Zellen für die specifische Schrift der *r.* Hand dienen.

Wenn bisher keine specielle Erkrankung nachgewiesen, so vielleicht deswegen, weil die Zellen nicht räumlich ein specielles Centrum bilden.

Es muss aber — was bisher nicht genügend geschehen ist — hervorgehoben werden, dass eine Zerstörung dieses Centrums nicht eine Agraphie, sondern nur den Verlust der characteristischen geübten Handschrift nach sich zieht.

Hält den Fall Pitres für transcorticale Agraphie.

Fall:

Anamnese.

59 Jahre alt, vor drei Tagen plötzlicher Sprachverlust ohne Paralyse der Glieder oder des Gesichtes.

Stat. praesens. 15. X. 96.

I. Spontane Sprache „Yes“, „no“, „I can't“ und Aehnliches. Konnte nicht seinen Namen nennen. Wortintoxication.

II. Auditive Functionen erhalten.

III. Alexie für Buchstaben, für Zahlen nicht.

IV. Schrift: eine Buchstabenintoxication.

16. X. Bereits Besserung. Articulation der Worte gut.

20. XI. Fortschreitende Besserung; Copie in Handschrift.

3. XI. I. normal.

III. Liest langsam richtig.

IV. Schrift noch sehr gestört.

Epikrise.

Verf. führt solche Fälle auf Zerstörung der Fasern von der Broca'schen Stelle zum graphischen Centrum zurück.

6. *J. Hinshelwood*, Word-Blindness and Visual Memory. The Lancet. XII. 1895.

Fall:

Anamnese.

Mann, 58 Jahre alt, gebildeter Lehrer des Französischen und Deutschen, bemerkt plötzlich eines Morgens (vor einem Monat) seine Unfähigkeit zu lesen. Bisher blieb dieser Zustand unverändert. Hat Noten nie gekannt.

Status praesens (29. VIII. 94).

I. und II. normal.

III. Sehschärfe unverändert. Rechtsseitige Hemianopsie.

Liest Ziffern und Zahlen.

Kann keinen gedruckten oder geschriebenen Buchstaben lesen.

Kann sich jeden Buchstaben in der Phantasie vorstellen.

IV. Schreibt spontan und auf Dictat alles, aber mit Alexie.

Das Geschriebene ist nicht frei von Fehlern und die Handschrift schlechter als früher.

Kein Intelligenzdefect. Atheromatose.

Weiterer Verlauf.

In den ersten sechs Monaten Status idem.

Nach sechs Monaten beginnt Patient mit Leseübungen. Er fängt an, das Alphabet und das Buchstabiren zu lernen. Nach sechs Monaten ist Patient soweit, alles lesen zu können, aber nur auf dem Wege des Buchstabirens. Hiervon machen einige kurze vertraute Worte eine Ausnahme: z. B. „the“. Diese Worte erkennt Pat. sofort ohne Buchstabiren. Für

geschriebene Buchstaben hat Pat. bisher nicht dasselbe Lesevermögen wieder gewonnen, hat sich aber auch weniger geübt.

7. *J. Hinshelwood*, A Case of Dyslexia: a peculiar Form of Word-Blindness. The Lancet. Nov. 1896.

Schneider, 45 Jahre alt, bis vor einem Jahre starker Trinker.

Pat. zeigt drei Symptome: eine Unfähigkeit zu lesen, eine Unfähigkeit irgend ein Kleidungsstück correct zu nähen und die Unfähigkeit, sich in früher bekannten Gegenden zurecht zu finden. Diese Unfähigkeiten treten plötzlich nach kurzer entsprechender Bethätigung auf. Dabei zeigt sich keine Aenderung in der Perception der äusseren Objecte. Es handelt sich vielmehr um eine temporäre Erregbarkeitsherabsetzung der bezüglichen Erinnerungsbilder.

Die Lesestörung zeigte sich im Speciellen darin, dass er nach dem richtigen Lesen weniger Worte plötzlich zur Fortsetzung der Lectüre unfähig wurde, obwohl keine Wahrnehmungsstörungen oder Schmerzen irgend welcher Art auftraten. Dagegen empfand Pat. schon bei dem Lesen der wenigen Worte eine starke, mehr und mehr zunehmende Ermüdung.

Die Störung in seiner Berufsthätigkeit äusserte sich darin, dass er nicht die richtige Zusammengehörigkeit der einzelnen Schnittstücke eines Anzuges erkannte und falsche aneinander nähte. Auch fand er häufig sein Handwerkszeug nicht.

Keine objectiven Veränderungen des Auges vorhanden. Keine Gesichtsfeldeinengung. Keine anderweitigen Störungen.

Vollständige Abstinenz führte in sieben Wochen zu annähernder Heilung. Diese machte später noch weitere Fortschritte.

8. *R. Charon*, Ramollissement cérébral intéressant le pied de la troisième circonvolution frontale et le tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante gauche. L'écho médical du Nord. I. Année, No. 7. 1897.

Anamnese.

Frau, 72 Jahre alt, hat weder Lesen, noch Schreiben gelernt. Vor drei Monaten hemiplegischer Insult. Rechtes Bein paralytisch, rechter Arm paretisch, vollständige motorische Aphasie. Nach drei Wochen Beginn der Besserung der Paralyse des Beines und der Aphasie.

Status praesens.

I. 1. Fast vollständige motorische Aphasie. Pat. kann nur einzelne oft an sie gerichtete Fragen kurz beantworten.

2. Das Nachsprechen ist weniger gestört als das spontane Sprechen.

II. Versteht alle Fragen.

Kein Intelligenzdefect. Paralyse mit beginnender Contractur des linken Beines; Verminderung der Muskelkraft des rechten Arms. Keine Paralyse des Facialis oder der Zunge. Sensibilität und Gesichtssinn normal.

Weiterer Verlauf.

Nach drei Wochen Tod. Todesursache Ruptur eines Aneurysma.

Sectionsbefund:

In der linken Hemisphäre Embolie der Arteria frontalis inferior mit Erweichung des Fusses der dritten Stirnwindung und des unteren Drittheils der vorderen Centralwindung. Die Erweichung greift auf das unterliegende Mark über.

Keine mikroskopische Untersuchung.

Epikrise.

Verf. führt die Besserung der Aphasie auf das Eintreten der rechten Hemisphäre zurück.

9. *F. Maack,* Schreibstörungen, verursacht durch isolirte centrale Alexie. Centralbl. f. Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1896.

Anamnese.

49jähriger Mann, erblich stark belastet, luetisch.

Beim Erwachen am 1. VII. 95. Schwere, besonders in den Gliedern der rechten Körperhälfte. Dyspraxie. Kann sich schlecht in der Umgebung orientiren. Allmähliche Besserung.

Status praesens (19. VII. 95).

Sensorium benommen. Augenhintergrund intact. Keine Störungen der Sensibilität. Keine Extremitätenlähmung.

I. 1. Pat. hat eine deutliche Aussprache. Mündliche Rede und Gegenrede correct.

2. A. a. Spricht vorgesagte Wörter und willkürliche Silbencompositionen fliessend nach.

b. Bezeichnet gesehene Gegenstände richtig.

c. Kann nicht lesen.

B. Kann Zahlen, Monate etc. hersagen.

II. Normal.

III. Rechtsseitige Hemianopsie.

Pat. kann nicht zusammenhängende Buchstaben (Silben und Wörter), selbst bei grossen Lettern, lesen.

IV. Zeichnet allerlei Figuren richtig ab.

Kann spontan, die Namen gesehener Gegenstände und auf Dictat schreiben (mit Alexie). Kann nicht richtig copiren.

Weiterer Verlauf.

Im weiteren Verlauf hat Verf. die Schreibstörung eingehend studirt.

Bei der spontanen und dictirten Schrift kommen kleine Fehler, die Pat. nicht corrigirt, vor.

Copie: Pat. copirt richtig, wenn er ein Wort nicht liest, sondern einfach abmalt; aber er paragraphirt (und zwar mit Krankheitseinsicht), sobald er es zu lesen sucht. „Das Geschriebene coincidirt mit dem Gelesenen." „Einzeln stehende Zahlen werden richtig und mit Verständniss abgeschrieben."

Epikrise.

Verf. führt die Paragraphie auf die partielle Alexie zurück. Er verlegt die Läsion in den linken Gyrus angularis, in die „Stelle, wo die Associationsfaserung zwischen dem occipitalen Sehcentrum und dem Sprachcentrum

verläuft". Verf. erörtert dann noch eine eventuelle Complication mit progressiver Paralyse.

Verf. kennt nicht die Arbeiten Déjerine's. Nach Ansicht des Ref. handelt es sich um einen typischen Fall von Déjerine's „reiner Wortblindheit."

10. *F. Maack*, Ueber amnestische Schreibstörungen. Centralblatt f. Nervenh. 1896.

Verf. knüpft eine Reihe theoretischer Erörterungen an einen Fall seniler Gedächtnissschwäche, die sich unter Anderem auch in einer „amnestischen partiellen Agraphie" äusserte. Letztere besteht darin, dass der Patient bei vollem Wort-, Schrift- und Objectverständniss und bei einem nachträglichen Erkennen seiner Fehler beim Schreiben Auslassungen und Wiederholungen sich zu Schulden kommen lässt.

11. *Mahaim*, L'aphasie sensorielle. Journ. de Neurologie et d'Hypnologie, Bd. 1.

Enthält eine anerkennende Besprechung der Arbeit Miraillié's.

12. *Fr. Sano*, Un cas d'aphasie motrice. Journal de Neurologie et d'Hypnologie. 2. Année.

Fall:

30jähriger Mann, Rechtshänder. Spricht Flämisch (Muttersprache) und Französisch. Lues.

Nach einigen Vorzeichen im Verlauf einiger Stunden zunehmende rechtsseitige Paralyse mit Sprachverlust. Vier Tage bewusstlos. Dann allmähliche Besserung.

I. Am 5. und 6. Tage konnte Pat. auf Flämisch sagen „Ja", „Nein" und einen Fluch.

II. Verstand ziemlich gut, was man zu ihm auf Flämisch sagte. Französisch verstand er garnicht.

III. Alexie.

IV. Agraphie.

Fortschreitende Besserung.

I. Allmählich bessert sich die motorische Aphasie. Er gewinnt bedeutend schneller die Fähigkeit, sich auf Flämisch auszudrücken als auf Französisch. Anfangs drückt er sich möglichst kurz aus. Noch immer hat er Schwierigkeit, abstracte Ideen auszudrücken. Wenn er ein Wort sucht, beginnt er oft mit der ersten Silbe und fügt dann die andere erst allmählich hinzu.

II. Er hat zuerst wieder alles Flämische und dann auch das Französische verstehen können.

III. Keine Hemianopsie. 17 Monate nach der Attaque begann er zu lesen: erst Flämisch, dann auch Französisch. Noch jetzt (zwei Jahre nach der Attaque) liest er mit Fehlern.

Die Fähigkeit des Buchstabirens ist noch sehr gestört.

IV. Einen Monat, nach dem er zu lesen begonnen, hat er zu schreiben

angefangen. Er schreibt rechts atactischer als links, macht beiderseits dieselben Fehler.

Um spontan oder auf Dictat zu schreiben, beginnt er mit dem Buchstabiren. Er macht noch viele Fehler.

Er copirt in Cursivform meist richtig, aber Buchstaben für Buchstaben, dabei das Wort laut buchstabirend.

Epikrise.

Verfasser tritt sehr entschieden für die von Wernicke und Déjerine gelehrte gegenseitige Abhängigkeit der Sprachcentren ein.

13. *Libotte*, Un cas d'aphasie et d'agraphie corticales. Journal de Neurologie et d'Hypnologie. 2. Année, pag. 152 ff.

Anamnese: Frau, 56 Jahre alt. Spricht als Muttersprache Flämisch und dann Französisch. Bisher gesund, ohne erbliche Belastung. Erwacht nach mehrwöchentlichen fiberigen Verdauungsstörungen und heftigen Kopfschmerzen eines Morgens mit motorischer Aphasie und Agraphie.

Status praesens.

I. Ist nach den dürftigen Angaben nur fähig, einzelne Worte auszusprechen.

II. Intact.

III. Intact.

IV. In allen Modalitäten stark gestört. Copirt in handschriftlicher Form.

Keine Paralyse, keine Sensibilitätsstörung. Intelligenz normal.

Weiterer Verlauf.

Fortschreitende Besserung.

1. Pat. gewinnt ihre Muttersprache schneller zurück als Französisch.

IV. Nach drei Wochen schreibt sie ohne Zögern einzelne Worte als spontane Antwort, auf Dictat und als Copie.

Nach zwei Monaten volle Heilung.

Epikrise.

Verf. glaubt an eine organische Krankheit. Er hebt das Fehlen jedes Stigma der Hysterie hervor. Fr. Sano schliesst sich der Anschauung an, indem er den differential-diagnostischen Werth des Parallelismus zwischen Schreib- und Sprachstörung betont. Lentz, Verriest und Crocq fils fassen den Fall als Hysterie auf.

14. *Crocq fils*, Des diverses variété sd'aphasie. Un cas de cécité verbale corticale avec agraphie et aphasie motrice sus-corticale. Journ. de Neurol. et d'Hypnol., 2. Année.

Nach einer langen historischen Einleitung berichtet Verf. folgende Beobachtung:

Anamnese. Mann, jetzt 67 Jahre alt, hatte vor einem Jahr einen apoplectischen Insult. Keine consecutive Lähmung. Nur die gegenwärtigen aphasischen Symptome.

Status praesens.

I. 1. Auf Fragen giebt Pat. paraphasische und jargonaphasische Antworten.

2. Spricht mit guter Articulation nach.

3. Laute Lectüre jargonaphasisch.

II. Versteht einfache Aufforderung richtig.

III. Gesichtsfeld konnte nicht geprüft werden; rechte Hemianopsie wahrscheinlich.

Alexie.

IV. Spontane Schrift: Paragraphie und Jargonagraphie.

Schrift auf Dictat wesentlich besser, aber nicht ohne paragraphische Störungen.

Copie, handschriftlich, aber jargonagraphisch.

Epikrise.

Verf. fasst den Status praesens folgendermaassen zusammen:

1. Bei der willkürlichen Sprache: Paraphasie und Jargonaphasie.
2. Verständniss für gehörte Worte.
3. Verlust des Verständniss für gelesene Worte.
4. Verlust des willkürlichen Schreibens.
5. Erhaltensein des Nachsprechens.
6. Verlust des lauten Lesens.
7. Erhaltensein des Schreibens auf Dictat.
8. Verlust der Copirfähigkeit.
9. Keine motorischen Lähmungen.
10. Wahrscheinlich eine Hemianopsie.

Ein solcher Status passe in keine der Typen Déjerine's hinein. Dagegen erkläre das Schema Grasset's sehr gut den Fall. Es handle sich eben um eine supracorticale motorische Aphasie und Agraphie und um eine corticale oder subcorticale Wortblindheit. Wie sich der Verf. diese Erkrankung anatomisch denkt, darüber schweigt er.

Ref. möchte zu den Ausführungen des Verf. kurz Folgendes bemerken: Zunächst ist das Schema, das Verf. vom Status praesens giebt, durchaus nicht einwandsfrei. Wenn Verf. erklärt, dass das Schreiben auf Dictat erhalten sei, so ist zu bemerken, dass aus den Angaben des Verf. genügend hervorgeht, dass das Schreiben auf Dictat bedeutend mehr gestört ist als das Nachsprechen und dass die mitgetheilten Proben paragraphische Störungen zeigen. Wenn der Verf. weiter angiebt, dass der Kranke unfähig sei zu copiren, so erscheint Ref. dieser Schluss aus den mitgetheilten Proben durchaus nicht berechtigt. Aus diesen scheint mir hervorzugehen, dass der Pat. zunächst das zu Copirende zu lesen versucht hat und dann in Folge seiner Lesestörung falsch copirte. Dass der Patient aber unfähig war, Buchstaben für Buchstaben handschriftlich zu copiren, erhellt wenigstens nicht aus den Angaben des Verf. Wenn schliesslich der Verf. das Wortverständniss als erhalten hinstellt, so ist hervorzuheben, dass — wie auch Sano gegenüber Crocq hervorgehoben hat — die mitgetheilten Proben sich nur auf einzelne Worte beziehen. Die Thatsache allein, dass eine

[1]) Sano, De l'interdépendance fonctionelle des centres corticaux du langage, pag. 246.

Gesichtsfeldprüfung unmöglich ist, scheint mir schon genügend auf ein Nichtintactsein des Wortverständnisses hinzudeuten.

Es würde eine kurze Bemerkung überschreiten, die Lehre vom supracorticalen Centrum [1]) hier zu kritisiren. Déjerine andererseits wird — was auch Sano hervorhebt — dem Verf. antworten, dass es sich um eine gebesserte sensorielle Aphasie mit specieller Ausprägung der Wortblindheit handle. Verf. hat das erste Jahr der Krankheit überhaupt nicht beobachtet. Der Status selbst genügt durchaus nicht den Anforderungen, die Déjerine an einen solchen stellt. Eine Section liegt nicht vor. Eine einzige derartig mangelhafte Beobachtung kann nicht auf ein reiches und sorgfältig studirtes Beobachtungsmaterial gegründete Lehren umstürzen.

15. *F. Sano,* **Un cas d'aphasie sensorielle avec autopsie.** Journal de Neurologie et d'Hypnologie. 2. Année.

Anamnese.

Mann, gebildet, 45 Jahre alt, syphilitisch.

1. IX. 93 apoplectische Attaque.

Vorübergehende rechte Hemiplegie während 48 Stunden.

Anfangs complete Aphasie: konnte nichts nachsprechen, verstand nichts, konnte nicht lesen oder schreiben, auch nicht seinen Namen.

Besserung.

Nach drei Monaten konnte er einzelne übliche Sätze sagen.

Status praesens (Zeit?)

I. 1. Wendet eine Reihe häufiger Worte richtig an, sonst Paraphasie und Jargonaphasie.

2. A. Kann mit Schwierigkeit nachsprechen.

B. Hat wieder gelernt bis 10 zu zählen.

Mimische Ausdrucksweise intact.

II. Erkennt die Bedeutung von Geräuschen, z. B. das der Mittagsglocke. Worttaubheit.

III. und IV. Liest und schreibt nur seinen Namen.

Weiterer Verlauf.

Status blieb stationär.

Tod 29. V. 95 an einer Gehirnhämorrhagie.

Sectionsbefund des in Serienschnitte zerlegten Gehirns:

In der linken Hemisphäre Zerstörung der hinteren Parthie des Gyrus supramarginalis und des hinteren Drittheils des Gyrus temporalis superior mit dem darunter liegenden Mark. Gyrus angularis intact, ebenso die Insel. Verf. giebt weitere mikroskopische Befunde, die aber nur anatomisches Interesse haben.

16. [illegible] **A propos du cas d'aphasie sensorielle présenté par M. Sano.** Journ. de Neur. et d'Hypn. 2. Année.

---

[1]) Vgl. darüber Vogt, Zur Kenntniss des Wesens und der psychologischen Bedeutung des Hypnotismus. Diese Zeitschr. Bd. 3 und Vogt, Flechsig's Associationslehre. Diese Zeitschr., Bd. 3.

Im ersten Theil dieser Entgegnung macht Verf. gegen die lückenhafte vorstehende Mittheilung Sano's Einwände von keiner allgemeineren Bedeutung. Im 2. Theil citirt Verf. einige der bekannten Fälle zu Gunsten der Charcot'schen Lehre.

17. *Fr. Sano*, De l'interdépendance fonctionelle des centres corticaux du langage. Journ. de Neur. et d'Hypn. 2. Année.

Verf. giebt zunächst eine ausführlichere Darstellung seines bereits oben geschilderten Falles von sensorieller Aphasie. Es kommen da wesentlich anatomische Details in Betracht. Dann behandelt Verf. gewisse Aphasieprobleme im Sinne der Déjerine'schen Schule, ohne Neues zu bringen.

18. *A. Pick*, Neue Beiträge zur Pathologie der Sprache. Archiv für Psychiatrie, Bd. 28, 52 S.

Fall 1.

Anamnese.

Frau, 67 Jahre alt.

Seit vier Jahren allmählich Beginn, Gegenstände, deren Zweck Pat. kennt, falsch oder mit Umschreibungen zu bezeichnen. Diese Erscheinung zeigte Anfangs Schwankungen. Gleichzeitig zunehmender Intelligenzdefect. Anfangs verstand Pat. alles, was man mit ihr sprach, konnte ihren Namen schreiben und Druckschrift lesen.

Status praesens (Summarium aus den Beobachtungen vom 29. IV. bis 29. X. 94; die Krankheit hat die Tend. zu langsamer Verschlimmerung).

I. 1. Pat. besitzt einen kleinen Wortschatz, den sie beim spontanen Sprechen immer wiederholt, meist in der gleichen, gelegentlich correcten Zusammenfügung.

2. A. a. Nachsprechen vollständig erhalten, ohne das Automatische der Echolalie zu zeigen, zumeist ohne Verständniss.

b. Objecte werden nicht richtig benannt.

c. Keine laute Lectüre.

B. Pat. recitirt bis zur Dauer von fünf Minuten Gebete in vollkommen mit ihrem sonstigen Dialect contrastirenden Hochdeutsch.

Gelegentliche Affectsprache.

Anhang: 1. Expressive Intonation ist erhalten.

II. Glockengeläute wird als solches identificirt..

Worte werden zum Theil wenigstens als Worte richtig identificirt, aber es wird ihnen meist nicht das dazu gehörige Objectbild associirt. Dementsprechend kommt es oft vor, dass die Kranke ein oder das andere oder auch zwei von ihr gehörte Worte in Frageform mit correcter Umstellung des betreffenden Wortes wiederholt. Z. B. antwortet Pat. auf die Frage: Wo haben Sie Ohren? „Ohren, was ist denn das?" oder auf die Frage: Wie geht es mit Ihren Füssen? „Was ist denn das, Füssen?"

Gesehene Gegenstände rufen meist nicht das entsprechende auditive Wortbild wach.

Anhang: 1. Hat kein Verständniss für die Betonung zu ihr gesprochener Worte.

2. Kein Verständniss für Melodien.

III. Alexie.

IV. Agraphie.

Epikrise.

Verf. sieht in diesem Fall ein erstes Beispiel stationärer surdité verbale représentative Arnauds, jener Varietät der transcorticalen sensorischen Aphasie, in der gehörte Worte als Worte, aber nicht in ihrem Sinne aufgefasst werden. Den geringen Wortschatz der willkürlichen Sprache will Verf. auf Erkrankung der Broca'schen Region zurückführen. Bezüglich der Natur der Läsion meint Verf., „dass vielleicht nicht eine grobe Herderkrankung vorliegt, sondern eine localisirte Atrophie.“ Er glaubt dabei an eine Erkrankung der Associationsfasern.

Fall 2.

Anamnese.

Frau, 61 Jahre alt.

Unter fieberhaften Attaquen schubweise zunehmende allgemeine Demenz mit Sprachstörung.

Status praesens.

I. 1. a. Articulation intact.

b. Spontansprache quantitativ wesentlich vermindert, paraphasisch, gelegentlich aber auch correct.

2. A. a. α. Automatisches Nachsprechen. Pat. hat die Tendenz, das letzte Wort oder mehrere Worte einer Frage zu wiederholen. Z. B. gefragt: Wie alt?, antwortet Pat. „Alt, alt, alt, alt, 50“. Auf diejenige: Wie lange sind Sie bei uns? „Bei uns, bei uns, 3 Tage.“

β. Das Nachsprechen ist correct; wiederholt auch in fremden Sprachen Gesprochenes.

b. Bezeichnet einzelne Gegenstände richtig.

c. Lautes Lesen correct.

B. Im Affect Sprache gelegentlich correcter.

II. Verständniss der Sprache sehr mangelhaft.

Einzelne Worte, die zuvor nicht in ihrem Sinne aufgefasst wurden, werden es, nachdem die Pat. sie automatisch wiederholt hat.

III. Keine gröbere Sehstörungen.

Zeichnungen werden richtig aufgefasst.

Geschriebene und gedruckte Worte werden theilweise richtig gelesen, aber nicht dem Sinne nach aufgefasst.

IV. Zeichnet ein Dreieck nach.

Aufgefordert zu schreiben, macht sie unleserliche Buchstaben. Copirt nachmalend.

Weiterer Verlauf.

Zunehmende Verblödung.

Als letzte sprachliche Aeusserung nur noch verständnisslose Echolalie. Tod.

Section.

Eine Herdaffection fehlte.

Epikrise.

Der Fall war zu Anfang eine nahezu typische transcorticale sensorische Aphasie. Verf. möchte dann noch besonders hervorheben, dass neben Arnaud's Surdité verbale mentale avec défaut complet d'intelligence des mots für manche Worte für andere die surdité verbale mentale avec intelligence consécutive à leur articulation bestand: ein Beweis für die Verwandtschaft dieser Formen. Verf. möchte schliesslich zur Erwägung stellen, ob es sich nicht in den schweren Fällen von Blödsinn mit Echolalie um allmähliche Entwickelung aus transcorticaler sensorischer Aphasie handelt.

Fall 3.

Anamnese.

Mann, 52 Jahre alt, seit $2^1/_2$ Jahren nach vorn ausstrahlende Hinterhauptsschmerzen, seit ca. 9 Monaten schwerhörig, besonders rechts. Seit einigen Wochen versteht er nicht, was man spricht, obgleich er auf Geräusche reagirt.

Status praesens 22. I.

I. Keine Störung.

II. Pat. giebt immer an, zu ihm Gesprochenes zu hören, aber nichts davon verstehen zu können. Er kann Personen an ihrer Klangfarbe erkennen.

Weiterer Verlauf.

21. II. I. Die Sprache ist jetzt schwerfällig und scandirend. Kein aphasisches Symptom.

II. Pat. ist jetzt vollständig taub.

25. IV. Tod.

Section:

Medulla oblongata durch ein taubeneigrosses Sarcom im Gebiete der rechten Kleinhirnhemisphäre stark comprimirt.

Ventrikel des Gehirns stark dilatirt.

Epikrise.

Verf. sieht die anfängliche Hörstörung als subcorticale Worttaubheit an und als ihre Grundlage eine „Herabsetzung einzelner oder aller das Hören constituirender Processe". Der Druck auf die Acustici kann directe Tumorwirkung oder Folge des Hydrocephalus sein.

Fall 4.

Anamnese.

Mann, 64 Jahre alt, Mitte I. 94, apoplectischer Insult mit Bewusstseinsverlust. Seitdem vollständig taub, unverständliche Sprache, las und schrieb nicht mehr, rechter Arm und rechtes Bein gelähmt, Gesicht nach links verzogen.

Besserung der Lähmungserscheinungen.

Status praesens XII. 94.

Leichte rechte Facialisparese, ebenso des rechten Armes und Beines. Zunge gerade vorgestreckt. Sensibilität intact. Verständniss gesehener und gefühlter Objecte.

I. 1. A. Aussprache dysarthrisch, lässt, soweit er überhaupt erkennbare Worte spricht, Buchstaben aus.

B. Paraphasie.

2. A. a. Nachsprechen in Folge der Taubheit unmöglich.

b. Benennt zuweilen Gegenstände richtig.

c. Lautlesen correct.

B. Spontansprache im Affect gelegentlich besser.

Anhang: Intonation erhalten.

II. Patient ist absolut taub.

III. Keine Gesichtsstörung beobachtet.

Pat. liest Worte und Zahlen correct, aber nur die Zahlen mit Verständniss, während er unter allen Worten nur den Namen seiner Frau dem Sinne nach erkennt.

Rechnet richtig.

IV. Spontanschrift durchaus paragraphisch. Schreibt nur seinen Familiennamen richtig.

Copie: Geschriebenes copirt er nachahmend. Druckschrift copirt er handschriftlich, aber stets mit lateinischen Buchstaben.

Weiterer Verlauf.

23. I. 95. Vorübergehende Parese des linken Beines.

Sprachstörung und Taubheit persistiren.

Tod.

Section.

Vorläufiges Ergebniss: Beiderseitige Schläfenlappenaffection.

Epikrise.

Verf. sieht in der Sprachstörung eine transcorticale sensorische Aphasie. In Zusammenhang damit möchte Verf. die cécité verbale psychique auf eine „Abtrennung des acustischen Wortcentrums von den intellectuellen Territorien" zurückführen, indem er eine directe Verbindung zwischen Buchstabencentrum und „Begriffscentrum" wenigstens nicht für diesen Fall annimmt.

Fall 5.

Anamnese.

Frau, 58 Jahre alt.

VIII. 92. Schlaganfall mit Sprachstörung und linker Facialisparese.

II. 93. Neuer Schlaganfall. Seitdem versteht Pat., die bis dahin gut gehört hatte, nichts mehr.

Status praesens V. 93.

I. 1. A. Spontane Sprache ohne Articulationsstörung.

B. Vollständiger Agrammatismus, indem Pat. die Worte einfach aneinanderreiht.

Pat. spricht dabei deutsch und tschechisch promiscue durcheinander.

2. A. a. Nachsprechen wegen der Taubheit nicht zu erzielen.

b. Weiss erkannte Gegenstände oft nicht zu bezeichnen.

c. Liest einzelne Worte laut, meist paraphasisch.

B. Recitirt Gebete anstandslos.

Affectsprache: „Schimpft ganz fliessend."

II. Keine schwerere periphere Ohrerkrankung.

Reagirt auf Geräusche nicht.

Hat aber ganz vereinzelte Male ein gesprochenes Wort aufgefasst.

III. Keine Hemianopsie.

Erkennt eine vorgedruckte Hand und einzelne Geldstücke.

Liest vereinzelte Worte richtig, sonst paralectisch und Lectüre ohne Verständniss.

IV. Schreibt schlecht ihren Namen und das Wort „Suppe".

Linke Parese, Patellarreflexe *l.* stärker. Sensibilität normal.

Weiterer Verlauf.

Zunehmendes Stumpfwerden.

21. VII. Conjugirte Bewegung der Bulbi nach links. Rechte homonyme Hemianopsie.

22. VII. Deutliche Paraphasie.

26. VII. Tod.

Section.

In der linken Hemisphäre Erweichung der Insula Reilii, des Gyrus temporalis I, supramarginalis und angularis, in der rechten eine solche der Insula Reilii und der weissen Substanz im Bereiche der Gyri centrales ant. und post., des Claustrum und des Nucleus caudatus.

Epikrise.

Verf. möchte den Widerspruch in den Thatsachen, dass Pat. auf stärkste Geräusche nicht reagirte und dann ein vereinzeltes Mal ein Wort percipirte im Sinne einer subcorticalen (reinen Déjerine's) Worttaubheit deuten.

Verf. möchte dann noch auf den organisch bedingten Agrammatismus hinweisen. Dieser werde in den schweren Fällen durch andere aphatische Symptome verdeckt. Man müsse auf ihn in den leichten Fällen achten. So beobachtete Verf. kürzlich einen Fall, wo eine Kranke mit rechtsseitiger Hemiplegie, motorischer Aphasie und leichterer Worttaubheit, die blos tschechisch sprach, etwa in der dritten Woche nach der Apoplexie mit der Besserung der übrigen Erscheinungen bald wieder verschwindenden ausgesprochenen Agrammatismus zeigte.

Fall 6.

Anamnese.

Frau, 66 Jahre alt, epileptisch, dement. In der letzten Zeit wiederholt Zeichen geistiger Störung. Konnte früher lesen.

Status praesens.

I. 1. Spontane Sprache zeigt zuweilen Wortintoxication, sonst intact.

2. a. Nachsprechen, abgesehen von gelegentlicher Wortintoxication intact.

b. Benennt Gegenstände, soweit sie sie erkennt, Anfangs richtig, verfällt bei längerem Examen in Wortintoxication.

II. Wortverständniss wohl entsprechend ihrem allgemeinen Intelligenzzustand erhalten.

III. Liest ihren Vornamen, Wortintoxication.

IV. Agraphie.

Leichte rechte Hemiparese ohne Betheiligung von Facialis und Hypoglossus.

Weiterer Verlauf.

Tod.

Section.

In der linken Hemisphäre Erweichung im Linsenkern, auf Claustrum und innere Capsel übergreifend. Die mikroscopische Untersuchung ergiebt, dass die Insel in ihrer ganzen Quere durch den Herd unterbrochen ist.

Epikrise.

Verf. möchte bei dieser durch allgemeine Hirnatrophie complicirten Symptomatologie nur auf das Intactsein des Nachsprechens trotz Inselaffection hinweisen.

19. *Heilbronner*[1]), Aphasie und Geisteskrankheit. Breslau 1896. Schletter'sche Buchhandlung, 33 S.

Es handelt sich hier um jenen Kranken, den Wernicke selbst wiederholt zum Gegenstand von Veröffentlichungen gemacht hat und dabei als Uebergang zwischen organischer Herderkrankung und Geisteskrankheit hinstellte.

Fall.

Mann, Tischler, 1842 geboren, erkrankte 1885 psychisch. Pat. litt vier Jahre an einer Geistesstörung, die sich lange Zeit hauptsächlich in Mutacismus und Verbigeration äusserte.

Im Anschluss an diese Krankheit zeigte Pat. bei Erhaltensein der Geberdensprache eine absolute motorische Aphasie mit gleichzeitiger Unfähigkeit einer anderen Reihe von Bewegungen der gleichen Muskulatur, einer Gangstörung und rhythmische Bewegungen des rechten Zeigefingers.

Frühjahr 1894 wurde bei gleichzeitiger erneuter psychischer Erkrankung (Depression mit Angst, schreckhafte Visionen, Gehörshallucinationen) eine partielle sensorische Aphasie constatirt.

Pat. zeigt grosse Erinnerungsdefecte für sein Vorleben, wie einen Mangel an Verständniss für zahlreiche Gegenstände (Asymbolie). Für die Erlebnisse der Gegenwart zeigte er eine geringe Merkfähigkeit (fortschreitende Amnesie).

Am 25. 1. 95, nach Besserung der psychischen Störung, gewinnt Pat. plötzlich unter der Sensation eines wiederholten Stossens im ganzen Körper die Herrschaft über die Zunge wieder. Die Unfähigkeit, ein Zündholz auszublasen, war verschwunden. Pat. gewinnt sofort wieder die Fähigkeit, normal zu trinken. Nach einer Reihe von Uebungen schwand die Gehstörung. In der ersten Hälfte des II. schwinden die Zuckungen des Zeigefingers. Pat. wird zunehmend geschickter in seinem Beruf.

Die Asymbolie und die fortschreitende Amnesie bessert sich jetzt fortlaufend. Dabei zeigt sich, dass die Besserung der Asymbolie sich dem subjectiven Empfinden als vollständiger Neuerwerb, nicht Wiedererwerb von früher Besessenem darstellt. Pat. hat seine Defecte nicht als solche empfunden. Dies gilt auch für die Sprachstörung.

[1]) Die vorliegende Arbeit — das sei gleichzeitig hier kurz hervorgehoben — bildet das erste Heft von „psychiatrischen Abhandlungen", die Wernicke herausgiebt. Die Tendenz dieser Sammlung soll die sein, durch „Anlehnung an das verwandte Gebiet der sogenannten organischen Gehirnkrankheiten" die „Psychiatrie als klinische Disciplin zu begründen." Die Sammlung erscheint in zwanglosen Heften. Jedes Heft kostet 1 M., die Serie von 15 Heften 11,25 M.

Aenderung der Sprachstörung:

I. 1. Patient lernte bereits am 25. I. eine Reihe von Worten sagen, die ihm vorgesprochen wurden und die er sich, Buchstaben für Buchstaben wiederholend, allmählich eingeprägt hatte. Fortlaufender Fortschritt. Nach einigen Tagen brauchte Pat. auch schon Worte, die ihm nicht vorgesagt waren.

A. Pat. zeigt dabei keine articulatorische Störung. Aber er spricht sehr leise, fast tonlos. Aber auch in diesem Punkte hernach Fortschritte.

B. a. Pat. ist noch vollständig agrammatisch. Pat. braucht weder Declination, noch Conjugation.

b. Pat. zeigt keine paraphasischen Störungen.

2. b. Pat. kann bald nach der Rückkehr der Sprache fast alle Gegenstände benennen, für die er das acustische Wortbild kennt.

c. Die laute Lectüre als solche ist nicht behindert.

II. Pat. ist rechts fast taub, links Hörschärfe = $^1/_2$.

1. Vorgesprochene Worte werden
   theils als unbekannte Worte,
   theils als schon einmal vernommene, aber ihrem Sinne nach nicht bekannte Worte identificirt,
   theils endlich mit ihrem Objectbild associirt. Dies geschieht für einen Theil der concreten Substantive (z. B. die Namen der meisten Körpertheile, Werkzeuge etc.), Verba und Adjectiva, dagegen für wenige abstracte Substantiva.

2. Soweit er gehörte Worte dem Sinne nach auffasst, rufen die entsprechenden Objectbilder ihrerseits die acustischen Wortbilder wach.

III. Die ausgeprägte Gesichtsfeldeinengung hat sich gebessert.

1. Wie früher liest Pat. zu Anfang nur die einzelnen Buchstaben des kleinen deutschen geschriebenen Alphabets sicher. Gedruckte Buchstaben las er nur theilweise. In 14 Tagen besserte sich dieser Befund in Folge von Uebungen wesentlich.

Obwohl Pat. den Zahlbegriff nicht verloren hat, kennt er Anfangs nicht die symbolische Bedeutung der Ziffern. Besserung.

2. Das Lesen im Zusammenhang bleibt noch lange gestört.

Er liest buchstabirend.

Nur einzelne ihm häufig vorgeschriebene vertraute Worte, namentlich Namen erkennt er sofort.

Hat das Addiren nie vergessen, lernt auch das andere Rechnen wieder.

IV. Beim Schreiben bedient Pat. zunächst sich nur des kleinen deutschen Alphabets.

Pat. zeigt keine Tendenz zum spontanen Schreiben.

Auf Dictat oder zur Bezeichnung gezeigter Gegenstände schreibt er nur unter Wiedergabe des Lautbildes ohne alle Orthographie (unterlässt Doppelconsonanten, Dehnungszeichen etc.), dabei Buchstaben um Buchstaben sich vorsprechend. Fortschritt.

Lernt auch bald Zahlen schreiben.

Pat. copirt sofort in Currentschrift richtig, aber Buchstaben für Buchstaben und ohne Verständniss des Geschriebenen.

Fortschreitende Besserung des Gesammtzustandes.

Epikrise.

Verf. sieht als Grundlage des vorliegenden Krankheitsbildes eine greifbare Erkrankung an. Dementsprechend führt Verf. die Restitution auf den functionellen Eintritt neuer Elemente zurück. Die Sprachstörung als solche fasst Verf. als partielle transcorticale sensorische Aphasie auf.

Ref. sieht den gesammten Symptomencomplex als eine functionelle Störung an. Er wird diese Ansicht in anderem Zusammenhange eingehend zu begründen suchen.

20. *E. Lantzenberg*, Contribution à l'étude de l'aphasie motrice. Paris. Thèse. Steinheil. 1897. 84 S.

Nach einer historischen Einleitung über Aphasie giebt Verf. in seiner wenig einheitlichen Studie zunächst eine ausführliche Schilderung der experimentellen Studien Goldscheider's und seiner Schüler über die Physiologie des Lesens. Wenn Verf. die Frage auch nicht für entschieden hält, so neigt Verf. doch dazu, neben der Lectüre durch Buchstabiren, ein andersgeartetes Lesen mit „Leitbuchstaben" anzunehmen und unser gewöhnliches Lesen als eine Mischung dieser beiden Formen von Lesen hinzustellen.

Verf. schildert darauf ein Schema für die Untersuchung Aphasischer, das mit einigen Erweiterungen das Déjerine'sche wiedergiebt. Im Anschluss daran giebt Verf. dann die Geschichte eines von ihm beobachteten Kranken.

Fall.

Anamnese.

Mann, 1846 geboren, hat 1885 einen apoplectischen Insult gehabt. Rechtsseitige Hemiplegie, die in zwei Jahren heilte, und aphasische Symptome. Pat. hat sofort seinen Familiennamen aussprechen und schreiben können. Sonst vollständige motorische Aphasie. Wortverständniss in zwei Jahren vollständig zurückgekehrt. Fähigkeit des Lesens eines Journals erst nach 1891 wieder gewonnen. Die Schreibunfähigkeit hat sich weniger gebessert.

VII. 96 hat Pat. nach Ueberarbeitung einen Anfall von Bewusstseinsverlust mit rechtsseitigen Convulsionen ohne Urinverlust oder Zungenbiss. Kurz dauernde rechtsseitige Paralyse. Seitdem leicht ermüdbar.

Pat. tritt 16. XII. 96 mit Parese des rechten Armes und Paralyse des Beines ins Hospital ein. Er ist für ihre Entstehung amnestisch. Rechtsseitige Anästhesie mit fraglicher rechtsseitiger Verminderung des Geruchs, aber ziemlich sicherer rechtsseitiger Ageusie. Gesichtssinn intact. Der Zustand der Sprache ist nicht durch diese Attaque gegen früher verändert. Anfang I. 97 Hemiplegie fast ganz geschwunden, eine schwache Hemihypoästhesie.

Status praesens der Sprache XII. 96.

I. 1. A. Articulation für Worte, die dem Pat. vertraut sind, normal. Wieder erlernte Worte scandirt.

B. a. Die Zahl der angewandten Worte sehr beschränkt; am besten erhalten sind die Averbia, Pronomia und Aehnliches.

Pat. kann keine Sätze bilden.

b. Keine Jargon- oder Paraphasie.

2. A. a. Nachsprechen entsprechend der Conversationssprache. Keine Echolalie.

b. Benennung von Objecten auf die Aussprache der Anfangslaute beschränkt.

c. Laute Lectüre unmöglich.

B. Spricht seinen Vornamen in einem Athemzuge hinter seinem Nachnamen gut aus, während er sonst grosse Schwierigkeiten hat.

Sprachlicher Ausdruck im Gesang nicht verbessert.

Anhang: 1. Intonation erhalten.

2. Singen von Melodien ohne Worte möglich.

II. Die gewönliche Sprache wird vollständig verstanden. Buchstabirte Worte werden zumeist nicht erkannt.

III. Lectüre mit Verständniss durch Erkennen der einzelnen Buchstaben. Nur einzelne wenig gebräuchliche Worte werden dem Sinne nach nicht aufgefasst.

IV. A. 1. Spontane Schrift einzelner Worte correct.

Links keine Spiegelschrift.

2. a. Auf Dictat schreibt Pat. nur einzelne vertraute Worte correct, und zwar nur in verticaler Richtung, ohne hernach einzelne in ihnen erhaltene Buchstaben correct zu schreiben. Er schreibt correct Zahlen bis zu drei Ziffern und von vierziffrigen die Jahresziffern dieses Jahrhunderts. Er schreibt soweit correct, als er ein Wort auch aus Buchstaben zusammensetzen kann.

b. Copie in handschriftlicher Form fehlerfrei.

Weiterer Verlauf.

Leichte Besserung der motorischen Aphasie in Folge fortgesetzter Uebungen.

Epikrise.

Verf. schliesst sich Wyllie, Elder, Onufrowicz u. A. an, indem er die Broca'sche Stelle im Fuss der 3. Stirnwindung als ein höheres psychomotorisches Centrum zunächst auf die im Operculum gelegenen Articulationscentren wirken lässt. Mit Rücksicht auf das Intactsein der Lectüre (Verf. bezieht sich speciell hier auf die Beobachtung Massary's. Siehe unten!) neigt Verf. dazu, die vorliegende Erkrankung in die die Broca'sche Stelle mit jenen Articulationscentren verbindende Faserung zu localisiren, d. h. den Fall als subcorticale motorische Aphasie anzusprechen. Bezüglich der Schrift erklärt Verf. allgemein, dass, wie Brissaud ausgeführt, das Buchstabiren die Function der Broca'schen Stelle sei. So könnte eine Erkrankung der Broca'schen Stelle eine Agraphie in Folge Unfähigkeit des Buchstabirens herbeiführen, ohne dass man deshalb noch ein daneben bestehendes sensomotorisches Schreibcentrum zu leugnen brauche. Zu Gunsten eines solchen citirt Verf. Fälle von Charcot, Dutil und Henschen, sowie eine neuere Beobachtung Grasset's einer Agraphie bei

einem Taubstummen (wird noch referirt werden). Dementsprechend neigt Verf. dazu, auch die Schreibstörung seines Falles als eine subcorticale aufzufassen. Zwar sei eine corticale Erkrankung nicht auszuschliessen, wie überhaupt eine Trennung zwischen corticaler und subcorticaler motorischer Aphasie nicht streng durchzuführen sei.

Verf. theilt dann noch eine andere neue Beobachtung mit, die er de Massary verdankt.

Fall.

Anamnese.

Frau, 70 Jahre alt.

10. XI. 95. Ohne Bewusstseinsverlust rechte Hemiparese und motorische Aphasie.

Status praesens (12. XI.).

I. 1. Antwortet „Oui“ und „Non“.

2. Repitirt einige Worte.

II. Versteht einen Theil der Fragen.

III. und IV. nicht genügend geprüft.

Verwirrt. — Rechte Hemiparese der Glieder, des Facialis, nicht der Zunge; Hemianästhesie.

Weiterer Verlauf.

20. XI. 1. Gebraucht einige gewöhnliche Redensarten „vous savez“, „il y a des choses“ etc. Bezeichnet gezeigte Gegenstände nicht.

22. XI. Erkennt die Namen einiger Objecte.

25. XI. I. 2. B. Zählt bis 40, recitirt fast ganz „Pater noster“.

Jetziger Zustand bleibt stationär.

11. I. 96. Tod an Bronchopneumonis.

Section.

Rechte Hemisphäre normal. Erweichung des Marks unter der 3. Stirnwindung. — Keine mikroscopische Untersuchung.

21. *M. Offner,* Die Entstehung der Schreibfehler. Bericht über den Münchener Psychologencongress. 1897. pag. 443 ff.

Verf. hat die Entstehung von Schreibfehlern bei Kindern studiert.

„Dem Kind wird der Buchstabe ‚i‘ gezeigt (opt. Empfindung — lob. occ.) und zugleich der Laut ‚i‘ vorgesprochen (acust. E. — l. temp.). Auch wird es durch den Nachahmungstrieb und den Lehrer veranlasst, den Laut nachzusprechen (Sprachbewegungs-E. — gyr. centr. ant. unt. Drittel), sowie endlich den Buchstaben nachzuzeichnen (Schreibbewegungs-E. — g. c. a. mittl. Drittel).“

Verf. führt nun aus, in welcher Weise nach seiner Ansicht die von ihm beobachteten Schreibfehler auf Störungen dieser vier mit einander associirten Centren zurückzuführen seien.

„So erscheint als Ergebniss eines unglücklichen Kampfes optischer Associationsreihen die Verstösse gegen eine Schreibung, deren Eigenthümlichkeit nur für das Auge besteht, z. B. Tier für Thier.“

Aus der Inferiorität des manumotorischen Centrums entstehen Fehler wie dirunt für dixerunt.

Im Gebiet der centralen Sprachbewegungen können sich Fehler entwickeln:

1. durch Erregungen im opt. oder acust. Gebiet in einer falschen Reihenfolge, z. B. sparch statt sprach (Vorwirkung);
2. durch zu lange Erregung eines Lautes, z. B. Barbarosso statt Barbarossa (Nachwirkung);
3. durch Erregung ähnlich klingender Worte (associative Entgleisung);
4. wenn für manche Leute die centrale Sprachbewegung zur Auslösung einer Schreibbewegung zu schwach wird.

Verf. erwähnt dann Schreibfehler in Folge einer associativen Induction, d. h. Einwirkung individueller Sprachgewohnheiten.

Schliesslich stellt Verf. noch Schreibfehler fest, die im „peripheren Organe" durch zu schwache oder zu kräftige Ausführung der richtig innervirten Schreibbewegung entstehen.

Verf. stellt eine ausführliche Darstellung seiner Untersuchungen in Aussicht. Dieselbe kann gewiss sehr interessant werden. Aber Verf. muss dann von seinem hirnlocalisatorischen Schematismus absehen. Die mitgetheilten Proben sind geradezu ein abschreckendes Beispiel, zu welcher groben Vorstellung von den associativen Vorgängen hirnlocalisatorische Gelüste führen können. Verlässt Verf. einen solchen Schematismus, dann wird er noch viel besser nachweisen können, dass auch bei den Schreibfehlern nicht der „reine Zufall" herrscht.

22. *E. Ernoul,* Du mutisme hystérique. Thèse. Paris 1897. 46 S.

Die klinische Schilderung enthält nichts Neues.

Der hysterische Mutismus stellt eine motorische Aphasie dar, ohne Alexie, Worttaubheit und Agraphie, aber bei Unfähigkeit irgend eine Articulationsbewegung oder einen Laut hervorzubringen.

In seltenen Fällen kann sich Taubheit, kann sich Agraphie hinzugesellen, in einem einzelnen Fall (Coitzmann) konnte der Kranke „Ta-ta-ta" als Antwort auf alle Fragen sagen. Die Aphonie kann dem Mutismus bereits vorangehen oder ihn überdauern. Dasselbe gilt vom hysterischen Stottern.

Mit der Stummheit können sich andere Bewegungsstörungen der Zunge, des Gaumens, ev. auch des Mundfacialis verbinden. Meist ist Herabsetzung der Sensibilität in der Mund- und Rachenhöhle und im Larynx vorhanden. Es existirt eine Paralyse der Adductoren und Spanner der Kehlkopfmuskulatur.

Der Mutismus kann monosymptomatisch auftreten; er ist bei einem 5 jährigen Kinde und bei einer 60 jährigen Person beobachtet, befällt aber meist Personen vom 20.—30. Lebensjahr und vorherrschend das weibliche Geschlecht. Sédillot beobachtete eine Dauer von 12 Jahren.

Als Hauptheilmittel empfiehlt Verf. die Suggestion und speciell die Suggestion in Hypnose.

Die bisher unveröffentlichten Fälle sind Folgende:

Fall 1. Beobachtung von A. Ruault.

Anamnese.

Mädchen, 22 Jahre alt, stumm in Folge einer gemüthlichen Erregung. Von Charcot, Féré etc. vergeblich behandelt.

Status praesens (4 Jahre später).

Mutismus.

Keine anderen Störungen der Sprache.

Verlust des Würgreflexes, eine Abduction der sonst unveränderten Stimmbänder, im Uebrigen keine deutlichen hysterischen Stigmata.

Weiterer Verlauf.

Ruault erklärt der Pat. bei der Untersuchung, dass sie jetzt sprechen könne. Sie bringt dann einen rauhen Ton hervor, sagt dann „a“ und „e“ und beginnt darauf zu sprechen. Nach wenigen Minuten normale Sprache.

Pat. zeigte hernach einzelne Anfälle von Aphonie, aber während der einige Monate dauernden Beobachtung keinen Rückfall in Mutismus.

Fall 2. Beobachtung von Mignon.

Anamnese.

Mädchen, 19 Jahre alt, bekommt in Folge eines Schreckens ein Stottern. Die Sprache wird schwerfälliger. Am anderen Tage completer Mutismus.

Status praesens (5 Monate später).

Mutismus.

Keine anderen Störungen der Sprache.

Herabsetzung des Würgreflexes.

Keine Bewegungsstörung der Zunge oder des Pharynx.

Stimmbänder in Abduction, beweglich und in symmetrischer Stellung.

Keine anderen Stigmata.

Weiterer Verlauf.

Wachsuggestionen ohne sofortigen Erfolg.

Am anderen Tage spontane Heilung.

Fall 3. Beobachtung von Bérillon.

Lehrerin, ohne hysterische Antecentien oder Stigmata, bekam plötzlich in der Klasse eine Heiserkeit. Diese führte bald zur Aphonie und in einigen Tagen zum Mutismus. Heilung durch hypnotische Suggestion.

Fall 4.

Mädchen, 26 Jahre alt, nach einem Streit zunächst Stottern, dann weitere Abnahme der Sprachfähigkeit und nach einer Stunde vollständiger Mutismus.

Würgreflex stark herabgesetzt.

Andere hysterische Stigmata.

Application von Wachsuggestionen ohne Erfolg.

Spontane Heilung, nachdem Pat. mit einem Schrei aus einem schreckhaften Traum erwacht.

23. *H. Gutzmann*, Heilungsversuche bei centromotorischer und centrosensorischer Aphasie. Arch. f. Psych., Bd. 28, 25 S.

Bezüglich der „centromotorischen“ Aphasie drückt sich Verf.

dahin aus, dass man bei systematischer Uebung durch Bildung „eines neuen motorischen Sprachcentrums" auch da noch wesentliche Besserungen erzielen kann, wo der aphasische Symptomencomplex längere Zeit hindurch einen stationären Character zeigte. Die vom Verf. citirten fünf Fälle enthalten so wenig klinische Details über den jedesmaligen aphasischen Complex, dass ihre Wiedergabe für uns zwecklos ist.

Verf. berichtet dann über zwei „centrosensorische" Aphasien.

Fall 1.

Anamnese.

Mann, Mitte der vierziger Jahre, in Verbindung mit einer rechtsseitigen Hemiplegie totale Aphasie. Allmählige Besserung.

Status praesens (nach einem Jahre).

I. 1. „Störungen der Sprachthätigkeit."

2. A. a. α. Nachsprechen willkürlich.

β. „Vorgesprochenes wurde nur selten ganz richtig nachgesprochen." Meist wurden Satztheile ausgelassen. Bei öfterer Wiederholung eines vorgesprochenen Satzes verlor die Wiedergabe an Güte. Pat. konnte einen Satz besser wiederholen, wenn er ihn gelesen hatte als wenn er ihn gehört hatte.

c. Fehlerhafte laute Lectüre.

II. 1. Keine Störung in der Perception von Gehörseindrücken im Allgemeinen.

B. Temporär verschieden starke Störung in der secundären Identification.

III. Theilweise Paralexie.

Hemiplegie geschwunden. Allgemeine Gedächtnissschwäche.

Weiterer Verlauf.

Nach achtwöchentlichen systematischen Uebungen wesentliche Besserung.

Epikrise.

Verf. sieht als Hauptursache des vorstehenden Symptomencomplex eine abnorm schnelle Ermüdung der centrosensorischen Function.

Fall 2.

Anamnese.

Mann, 40 Jahre alt, gebildet, vor $1^1/_2$ Jahren totale Aphasie. Besserung, besonders der motorischen Aphasie.

Status praesens.

I. 1. B. a. α. Vocabularium eingeschränkt.

β. Mangelhafte grammatische Form.

b. Paraphasische Symptome.

2. A. c. Correcte laute Lectüre.

II. 1. Perception von Gehörseindrücken im Allgemeinen intact.

B. Secundäre Identification sehr gestört.

III. Lectüre intact (grobe Prüfung).

IV. 1. A. b. Agrammatismus und paragraphische Symptome in der spontanen Schrift.

B. b. Dictirtes zeigt ähnliche, aber weniger Fehler.

Allgemeine Gedächtnissschwäche.

Weiterer Verlauf.

In drei Monaten in Folge systematischer Uebungen wesentliche Besserung.

Die systematischen Uebungen für die centrosensorische Aphasie bestehen vor Allem darin, dass man das Auge des Patienten einübt, in höherem Maasse als es unter normalen Verhältnissen geschieht, das Gesprochene zu erfassen. Der Pat. muss „die characteristische äussere Stellung jedes einzelnen Consonanten" kennen. Zur Unterstützung wendet Verf. dann noch die „phonetische Bilderschrift" an, die als Schriftzeichen für die einzelnen Buchstaben die jedesmalige Position der Articulationsorgane wiedergiebt.

24. *Hallervorden*, Ueber anämische Sprachstörung. Arch. f. Psychiatrie, Bd. 28, 10 S.

Fall 1.

Anamnese.

Frau, 44 Jahre alt, kräftig, gesund, nicht hereditär belastet, leidet in letzter Zeit an sehr starken Uterusblutungen.

Status praesens.

I. 1. A. Sprache schleppend, lallend, theilweise näselnd und ungenau articulirt.

B. a. „Pat. sucht Silben und Worte zu ersparen und drückt sich nur in Infinitiven aus."

b. Zeitweise paraphasische und jargonaphasische Symptome gegen den Willen der Patientin.

Anhang: Correcte Gebärdensprache.

II. 1. Secundäre Identification herabgesetzt.

2. B. Der Pat. fehlen vielfach die richtigen Wortbezeichnungen.

Starke körperliche Erschöpfung. Kein Fieber. Kopfschmerzen. Parästhesien in den Extremitäten.

Bei allgemeiner psychischer Hemmung kein Unorientirtsein.

Weiterer Verlauf.

Unmittelbar nach Ruhe parallel dem allgemeinen Besserbefinden und dem Nachlassen der Kopfschmerzen Besserung der dysphasischen und dysarthrischen Symptome. Aber sehr schnelle Ermüdbarkeit.

Heilung in 14 Tagen.

Fall 2.

Anamnese.

Mann, 40 Jahre alt, bis dahin gesund, nicht luetisch, nicht Potator, kräftig, $^1/_4$ St. zuvor verletzt; seitdem starker Blutverlust.

Status praesens.

I. 1. A. Sprache schleppend, langsam, schlecht articulirt.

B. a. Wortschatz eingeschränkt.

b. Paraphasische Symptome.

II. Wortverständniss vermindert.

Erscheinungen starker allgemeiner Anämie; Sensorium theilweise benommen.

Weiterer Verlauf.

Heilung in 14 Tagen.

Fall 3.

Anamnese.

Mädchen, 22 Jahre, früher gesund, seit einigen Monaten magenleidend, hat seit einigen Tagen Magenblutungen.

Status praesens.

I. 1. A. Sprache schleppend, schlecht articulirt. Dieses Symptom kann durch energische Willensanstrengung oder durch längeres ruhiges Liegen gebessert werden.

B. Einzelne paraphasische Fehler.

II. 1. Identification gehörter Worte stark herabgesetzt.

Allgemeine Körperschwäche, heftige Kopfschmerzen.

Weiterer Verlauf.

Heilung in 5 Tagen.

Fall 4.

Frau, zeigte, beinahe asphyctisch in Folge von Uterinblutungen, dysarthrische und dysphasische Symptome.

Fall 5 u. 6.

Zwei Fälle, wo im Anschluss an Blutungen die Sprache einen schleppenden Character annahm, ohne dysphasische Symptome.

Fall 7.

Beobachtung von Storp.

Frau, mit Blutung aus Varix, stark anämisch, spricht einen Tag lang „wie betrunken".

Fall 8.

Beobachtung von Berthold.

Kurzdauernde Spracherschwerung nach profuser Epistaxis.

Epikrise.

Verf. verwahrt sich ausdrücklich dagegen, dass in den von ihm beobachteten Fällen eine Embolie oder ein Schreck als Ursache der Sprachstörung in Betracht kommen könnte.

Als Characteristica der anämischen Sprachstörung stellt Verf auf:

1. Verbindung von anarthrischen und aphasischen Symptomen.
2. Es handelt sich nur um Functionsherabsetzungen, keine Aufhebungen.
3. Die Intensität der Störung ist veränderlich nach Körperhaltung und Ermüdungsgrad.
4. Restitutio ad integrum.

Pathogenetisch kommen in Betracht eine Muskelanämie, eine Bulbusanämie und eine Hirnrindenanämie.

(Fortsetzung folgt.)

Zusammenstellung der Literatur über Hysterie aus den Jahren 1896 und 1897.

1. *L. Bruns,* Die Hysterie im Kindesalter. Halle a. S. C. Marhold. 1897. 80 Seiten.

Nach einem kurzen geschichtlichen Rückblick geht der Autor alsbald an die Symptomatologie der Hysteria infantilis heran. Im Unterschied zur Hysteria adultorum tritt die Hysterie bei Kindern meist monosymptomatisch auf, als sogen. „Forme fruste“ der Franzosen; d. h. eine einzige Krankheitserscheinung beherrscht das Bild; die sogen. hysterischen Stigmata fehlen meistens.

Der Reihe nach bespricht der Verfasser nun die Lähmungszustände, die Contracturen und Reflexe, die bei Kindern sehr häufige und practisch sehr wichtige Astasie-Abasie, die Aphonie, das Stottern und den Blepharospasmus. Dann folgen die motorischen Reizerscheinungen, die Chorea, der Tic convulsif, die Hysteroepilepsie, der Somnambulismus, die Chorea magna, der hysterische Husten nach.

Störungen der Hautsensibilität und Neuralgieen sind relativ selten. Viel häufiger sind Gelenkneuralgieen. Practisch wichtig ist die Anorexie, die sogar zu gefährlicher Nahrungsverweigerung führen kann. Psychische Eigenthümlichkeiten sind öfter vorhanden, sind aber wechselnder Natur.

Was das Vorkommen der Hysterie anbelangt, so befällt sie im eigentlichen Kindesalter Knaben und Mädchen ziemlich gleichmässig. Gegen die Pubertätszeit hin stellt sich ein Uebergewicht zu Gunsten der Mädchen ein. Am häufigsten ist die Kinderhysterie zwischen dem 7. und 14. Lebensjahr; doch ist sie auch unter dem 7. Jahr keineswegs selten; Verf. hat sogar einen nicht einmal 2 Jahre alten Fall beobachtet.

Der Ansicht, dass die Hysterie ein Product unserer Uebercultur sei, steht die Thatsache gegenüber, dass die schwersten Fälle gerade aus einsamen Landgegenden stammen. Bestimmte Racenpraedilectionen sind kaum vorhanden.

Was die Aetiologie anbelangt, so ist die erbliche nervöse Belastung vielleicht eher etwas überschätzt worden. Hochwichtig ist jedenfalls der Einfluss der wetterwendischen Erziehung und des schlechten Beispieles der selber oft hysterischen Eltern. Sicher ist, dass die auslösenden Momente auch für die Kinderhysterie auf psychischem Gebiete liegen.

An Hysterie wird bei Kindern viel zu wenig gedacht. Bei der Diagnose handelt es sich vor Allem darum, im Einzelfalle eine organische Grundlage der betreffenden Symptome mit Sicherheit auszuschliessen. Dieser für die Praxis hochwichtigen Frage widmet Verf. eine ausführliche Besprechung. Echte Simulation hält er bei Kindern für recht selten.

Die Prognose ist im Gegensatz zur Hysterie adultorum im Ganzen eine recht gute — auch in Bezug auf dauernde Heilung, sofern die Therapie gleich zu Anfang energisch eingreift.

Je frischer der Fall, je ungewohnter der Arzt und dessen ganze Umgebung ist, desto besser sind die Erfolge. In prophylaktischer Beziehung wären Kinder

nervöser, hysterischer Eltern von diesen bestmöglich zu trennen und gesunden Erzieherinnen anzuvertrauen; die Erziehung sei eine zielbewusste, einfache und event. strenge. Oeffentliche Schulen sind Privatschulen bei den meisten vorzuziehen.

Was die Behandlung der vorhandenen hysterischen Symptome anbetrifft, so erreicht man entweder gleich zu Anfang viel, resp. alles, oder man erreicht auch in langer Zeit wenig oder gar nichts. Der altbekannte Hausarzt, der „Onkel Doctor" hat ein viel ungünstigeres Wirkungsfeld als der unbekannte, aber renommirte Specialist, speciell der Anstaltsarzt. Die Ueberbringung in ein Krankenhaus, die Entfernung aus den altgewohnten Verhältnissen ist in der Behandlung weitaus der wichtigste Factor.

Auch die weitern Mittel sind der Natur der Sache nach rein psychische. Zwei Methoden sind vor Allem zu empfehlen: 1) die Ueberrumpelungsmethode, die dem Kinde gleich von Anfang an gar keine Zeit mehr lässt, krank zu sein und 2) die Methode der zweckbewussten Vernachlässigung der Krankheitssymptome. Ein geschultes und mit der Hysterie bekanntes Wartepersonal ist hierbei von grossem Vortheil. Indirect psychisch wirksam sind dann die electrische und die Kaltwasserbehandlung, die bei Kindern weniger durch den Glauben an die Heilkraft als durch das psychische Moment der Furcht und des Schmerzes wirken. Körperliche Züchtigungen wirken weniger gut und sind auch aus anderen Gründen für die Praxis nicht zu empfehlen.

Die Hypnose hat Verf. selbst nie angewendet, und hält es für wünschenswerth ohne dieselbe auszukommen; denn gerade bei Kinderhysterie sei dieselbe nicht ungefährlich. — In hartnäckigen Fällen kann auch ein Versuch mit dem „Wunderdoctor" gemacht werden; man braucht dazu nicht zu rathen, aber auch nicht direct abzurathen. Zum Schluss erwähnt der Autor noch, wie er einigen speciellen hartnäckigen Symptomen, wie Aphonie u. s. f. beizukommen pflegt.

Die vorliegende Schrift zeigt eine reiche Erfahrung und bietet viel des Interessanten und practisch Wichtigen. Schade ist, dass der Stoff etwas wenig übersichtlich gruppirt ist. Auch erscheinen mir die tiefern psychologischen Grundlagen der Kinderhysterie, vor Allem der enorm wichtige Factor der Suggestion, der oft sogar Hysterie vortäuschen kann, wo solche gar nicht besteht, zu wenig berücksichtigt. Wenn Verf. über die Hypnose bei der Behandlung der Kinderhysterie absprechend urtheilt, so kann dies die Freunde dieses Verfahrens ziemlich kühl lassen, da Verf. ja, wie er selber sagt, in dieser Behandlungsmethode gar keine eigenen Erfahrungen besitzt. Bauer-Zürich.

2. *Dr. Bruno Leich*, Beitrag zur Lehre von der Hysterie der Kinder. Zeitschrift für klin. Medicin XXX. 1896.

Die kleine Abhandlung bringt einige beachtenswerthe Mittheilungen über infantile Hysterie, welche in der medicinischen Klinik in Greifswald zur Beobachtung gelangten. Auffällig ist das sehr seltene Vorkommen der kindlichen Hysterie, denn Verf. konnte aus dem sich über mehrere Decennien erstreckenden reichhaltigen Material nur fünf Fälle mit Sicherheit zur Hysterie rechnen. Diese Angaben contrastiren sehr merkwürdig mit den Erfahrungen der letzten Jahre, in denen sich die Diagnosen der Hysterie bei Kindern beständig vermehrt haben. Die geringe Zahl bleibt angesichts der grossen Frequenz der Kinderabtheilung an der betreffenden Klinik auch dann noch unerklärlich, wenn man, wie es Verf. gethan hat, unter

Hysterie nur jene Fälle rubricirt, in denen das Krankheitsbild vorwiegend oder ausschliesslich von hysterischen Symptomen beherrscht wird.

Anlass zur Publication der vorliegenden Notizen gab dem Verf. ein Fall von Hysterie bei einem 11jährigen Knaben, dessen Aetiologie entschieden eine aussergewöhnliche zu nennen ist. Wir wollen die wichtigsten Daten aus der Krankengeschichte ganz kurz im Auszuge wiedergeben. Erbliche Belastung lag vor. Den unmittelbaren Anlass zum Ausbruch der hysterischen Erscheinungen gab ein zwei Tage dauernder sehr heftiger Zahnschmerz, der dem kleinen Patienten den Schlaf raubte. Es entwickelte sich, nach den Angaben der Eltern, ein status fibrilis mit Delirien und am Morgen früh klagte der Knabe über allgemeine Schwäche, Schwindel und Erschwerung des Gehens, so dass er die Schule verlassen musste. In den folgenden Tagen ausgeprägte Paraparese der Beine mit Parästhesien und Tremor bei Steh- und Gehversuchen. An anderen Störungen war ein starkes Schwindelgefühl (beim Liegen nicht), erhöhtes Schlafbedürfniss und Steigerung der Patellarreflexe vorhanden. Der übrige Befund normal. In externer Behandlung blieb der Zustand 14 Tage unverändert bestehen. Nach Aufnahme in die Klinik und Extraction des erkrankten Zahnes trat unter Faradisation innerhalb drei Tagen völlige Heilung ein.

Zweifellos hat man es hier mit einer hysterischen Erkrankung zu thun und zwar mit einem jener Typen, die von dem Schüler Charcot's Paul Blocq mit dem bezeichnenden Namen der Astasie-Abasie belegt wurde. Es ist immerhin merkwürdig, dass Verf. diesen allgemein acceptirten Ausdruck garnicht erwähnt; ebenso seltsam muthet es an, dass Verf. der suggestiven Wirkungen bei der Behandlung mit keinem Worte Erwähnung thut.

Die übrigen vier Fälle von infantiler Hysterie, die in der Greifswalder Klinik schon früher notirt wurden, betreffen zwei Knaben und zwei Mädchen, alle ohne nachweisbare erbliche Belastung. Drei Mal bestanden Paresen, ein Mal hysteroepileptische Anfälle, zwei Mal war die Entstehungsursache in einem psychischen Trauma zu suchen, ein Mal in psychischer Infection seitens einer erwachsenen Person, die an epileptischen Anfällen litt; in einem Fall blieb die Aetiologie unaufgeklärt.

Therapeutisch wurde in zwei Fällen durch warme Bäder und Electricität Heilung erzielt, bei einem anderen hatte die einmalige Anwendung des Paquelin „glänzenden Erfolg“ (Heilung?) gebracht. Die Hysteroepilepsie wurde durch Auflegen kalter nasser Tücher auf das Gesicht palliativ günstig beeinflusst.

Verf. plaidirt bei kindlicher Hysterie stets für Internirung und glaubt, dass es nur der Anstaltsbehandlung zu danken sei, wenn unter vier Fällen drei geheilt werden konnten. Hypnose und Suggestion scheint Verf. zu ignoriren; Heilerfolge von Privatärzten scheint er nach dem Gesagten auszuschliessen oder nicht zu kennen.

Brodmann.

3. *Prof. Fürstner* (Strassburg), Zur Pathologie gewisser Krampfanfälle (Hysterische Anfälle bei Kindern, Spätepilepsie). **Arch. f.** Psychiatr. u. Nervenkr. 1896, Bd. 28, pag. 494.

Eine sichere differentialdiagnostische Sonderung der ätiologisch zu trennenden, mit Bewusstseinstrübung verbundenen Krampfanfälle ist bei Kindern entschieden noch weniger zuverlässig als bei Erwachsenen. Bei Kindern kommen ausser sympto-

matischen auf organischen Gehirnaffectionen beruhenden Krampfanfällen noch epileptische, die sehr vieldeutigen eklamptischen und die, wie man seit jüngster Zeit weiss, nicht seltenen hysterischen Krämpfe in Betracht. Eine klinische Trennung dieser Form ist oft mit den grössten Schwierigkeiten verbunden, besonders da die für die einzelnen Kategorien von Convulsionen aufgestellten Merkmale sehr wenig constant und ausgeprägt sind, und doch erfordert das Interesse der Prognose wie der Therapie in gleicher Weise eine Classification der Krankheitserscheinungen und die Sicherung einer exacten Diagnose.

In anerkennenswerther Weise hat Prof. F. seine Erfahrungen über hysterische Krämpfe bei Kindern zusammengestellt und ist dabei zu einigen von den Beobachtungen anderer Autoren abweichenden Einzelheiten gekommen.

Er berichtet zunächst über hysterische Krampfanfälle bei Kindern aus dem frühesten Lebensalter, unter sieben Jahren, und hat hier eine relative Constanz gewisser Eigenthümlichkeiten festgestellt, deren Kenntniss dem practischen Arzte sicher von Werth sein werden. Verf. konnte bei seinen kleinen Patienten folgende Merkmale beobachten: grosse Frequenz der Anfälle, statusartige Zustände von 20—30 Anfällen hinter einander, kurze Dauer des Einzelanfalles, ungemein variable Form der Insulte, solche von ausgesprochen epileptischem Character, neben typisch hysterischen und einseitig rotatorischen Krämpfen. Auch postparoxysmale ängstlich delirante Zustände waren nicht selten. Im Allgemeinen war also die Schwere der Anfälle die Regel und man konnte auf den ersten Blick leicht geneigt sein, an eine organische Hirnkrankheit oder an einen status epilepticus zu denken. Aus dem Fehlen anderer Hirndruckerscheinungen konnte Verf. stets eine organische Affection ausschliessen; die Abgrenzung gegenüber Epilepsie ermöglicht sich, nach Ansicht F.'s, mit Sicherheit erst aus dem weiteren Verlaufe der Krankheit, aus dem Verhalten gegenüber einer psychischen Behandlung und ganz besonders aus der Unwirksamkeit von Brom. Verf. hat sogar als regelmässige Erscheinung den schnellen Ausbruch von Bromismus und eine Verschlimmerung des Befindens bei infantiler Hysterie beobachtet.

Der Verlauf einer Hysterie bot dem Verf. insofern Anhaltspunkte zur Unterscheidung von der Epilepsie, als sich häufig plötzliche ganz unmotivirte Remissionen von längerer Dauer einstellten und vor Allem darin, dass die Anfälle die Neigung zeigten, sich auf bestimmte Tageszeiten oder bestimmte Anlässe zu beschränken Als untrügliches Merkmal der Hysterie kann man aber den Einfluss einer psychischen Therapie, die Versetzung in ein Krankenhaus mit entsprechenden Maassnahmen worunter F. die „zweckbewusste Vernachlässigung“ versteht, betrachten.

Die puerile Hysterie, von der Verf. 11 Fälle im Alter von 9—16 Jahren zur Beobachtung bekam, bietet in vielfacher Beziehung Analogien zu der infantilen Hysterie. Auch hier hat F. ein Ueberwiegen des männlichen Geschlechts (7 Knaben, 4 Mädchen) festgestellt, auch hier wurde bezüglich der Aetiologie häufig Gemüthserschütterung der Mutter während der Gravidität oder affectiver Shok der Kinder angegeben, worauf F. jedoch kein wesentliches Gewicht legt und schliesslich konnte weder bei infantiler noch pueriler Hysterie deutliche hereditäre Disposition nachgewiesen werden.

Symptomatologisch theilte die puerile jene vorgenannten Eigenthümlichkeiten der Anfälle mit der infantilen; daneben waren jedoch die gewöhnlichen Symptome der Hysterie schärfer ausgeprägt, wie Sensibilitätsstörungen etc. Auffallend häufig

war eine Betheiligung der Verdauungsthätigkeit vorhanden; Appetitlosigkeit. Aufstossen, Globus, Schmerzhaftigkeit in der Magengegend (Spontan- und Druckschmerz über dem ganzen Magen), Erscheinungen, welche oft zu schweren Ernährungsstörungen (Cyanose, Kälte der Extremitäten, ödematösen Schwellungen) führten und zu falschen Diagnosen und therapeutischen Irrthümern Anlass gegeben hatten.

Auf den zweiten Abschnitt über Spätepilepsie kann in diesem Zusammenhang nicht eingegangen werden. Brodmann.

4. *J. Conturie*, Sur l'hystérie chez les jeunes enfants. Thèse. Paris. 1896. 80 S.

Verf. will einen Beitrag dazu liefern, dass die Hysterie, wenn auch in anderer Form, wirklich im Kindesalter vorkommt. Die Ausführungen enthalten keine neuen Ideen. Von den mitgetheilten 47 Beobachtungen ist eine persönlich und sind 7 von Chaumier stammende bisher noch nicht veröffentlicht.

Eigener Fall:

Knabe, 3 Jahre alt; ohne schwerere erbliche Belastung; sehr leicht erregbar; Monoplegie eines Beines; Krämpfe; schreckhafte Hallucinationen.

2. Fall:

Knabe; 8 Jahre alt; reizbar; bei Widerspruch Anfälle von Bewusstseinsverlust; somnambule Attaquen Nachts seit frühester Jugend. „Er erhebt sich Nachts, geht im Zimmer, thut als ob er sich wärmen wollte etc. Seine Augen sind starr. Der Aufforderung, sich wieder ins Bett zu legen, kommt er nach.“

3. Fall:

Mädchen; 3 Jahre alt; seit dem Alter von 1¼ Jahren alle 2—3 Wochen 4—5 Tage Hustenanfälle von 8 Uhr Abends bis 4 Uhr Morgens. Kürzlich eine Art convulsiven Anfalls.

4. Fall:

Knabe; 20 Monate; Mutter hatte Convulsionen bis zum vierten Jahr; seit 2 Monaten zeitweise Singultus; Convulsionen; Contracturen (Dauer 5 Tage).

5. Fall:

Mädchen; beinahe 2 Jahre; convulsive Anfälle mit 8 Monaten, im Anschluss daran achttägige Lähmung der linken Seite; Krisen im Schlafe, Anfangs alle 5 Tage; singt im Schlaf. Kein Conjunctival- und Pharyngealreflex.

6. Fall:

Knabe; 4 Jahre alt; Schwester hat Convulsionen; mit 7 Monaten Convulsionen und im Anschluss Parese der rechten Seite. Kein Palpebralreflex. Nervös, reizbar.

7. Fall:

Knabe; 6½ Jahre alt; seit frühester Jugend sehr leicht erregbar und zu starken Zornaffecten geneigt; ängstlich; labile Stimmung. Vor einem Jahre Convulsionen während 23 Tage mit 2—3tägiger nachfolgender Lähmung. Während der convulsiven Anfälle verlor er das Bewusstsein, knirschte mit den Zähnen, wälzte sich, zwischendurch tonische Stadien. Gaumen spitz.

8. Fall:

Knabe; 10 Monate; Convulsionen mit 3 Monaten. Zornausbrüche mit Ohnmacht seit jener Zeit. Pharyngealreflex herabgesetzt. Gaumen spitz.

O. Vogt.

5. *P. Bézy*, Sur l'hystérie infantile, sa nature et ses causes. Rapport au congrès des aliénistes et neurologistes de langue française. Vorläufige Mittheilung. Progrès médical. 7. VIII. 1897.

Verf. unterscheidet drei Perioden in der Geschichte der Lehre von der infantilen Hysterie. Die erste umfasst die Zeit, wo man das Vorkommen hysterischer Convulsionen bei Kindern beider Geschlechter kannte, ohne sie näher zu beschreiben. Die zweite Periode umfasst die Arbeiten der Salpêtrière, die dritte in unsere Zeit hineindauernde Periode die der Kinderärzte.

Verf. erwähnt dann kurz fünf eigene Beobachtungen.

1. Knabe; 12 Jahre; Convulsionen mit arc de cercle.
2. Knabe; 7 Jahre; Globus.
3. Mädchen; $5^1/_2$ Jahre; hysterischer Nagel.
4. Knabe; 11 Jahre; Contractur.
5. Knabe; 11 Jahre; epileptoide Attaquen, die durch Druck auf den Iliacaldruckpunkt sofort zu coupiren sind.

Aetiologisch kommt nach Verf. vor Allem die Erblichkeit mit Einschluss der harnsauren Diathese und der Tuberculose in Betracht. Für derartig Disponirte giebt es dann drei hauptsächliche Gelegenheitsursachen: falsche Erziehung (Unruhiges Leben, spätes Zubettgehen, Teufelsgeschichten), gemüthliche Erregungen und die Imitation. Verf. berichtet hier von Schulepidemien. Verf. citirt dann noch das Trauma und die Infectionskrankheiten. O. Vogt.

6. Die Aufhebung des Würgreflexes und ihre Beziehung zur Hysterie von *Dr. Kattwinkel-München*. (Deutsches Archiv f. klinische Medicin. 57. Band 1896. 5. u. 6. Heft).

Verfasser hat in der letzten Hälfte des Winters im Münchener Ambulatorium und der Klinik die auffällig grosse Zahl von 104 Hysterischen constatirt und bei 100 derselben das Fehlen des Würgreflexes gefunden. Er macht darauf aufmerksam, dass Autoren wie Chairon, Jolly, Dutil, Löwenfeld, Noorden aus dem Fehlen des Würgreflexes bei hysterischen auf Anästhesie der Schleimhaut geschlossen haben, während schon v. Ziemssen (Handbuch der Krankheiten des Respirationsapparates, Leipzig 1879) es ausgesprochen habe, dass Anästhesie der Rachen- und Kehlkopforgane „durchaus nicht constant, ja nicht einmal häufig vorkomme." Verf. hat nun bei allen seinen Fällen mittelst Kehlkopfpinsels, Kehlkopfsonde und des Zirkels 1) die tactile Empfindung 2) Schmerzempfindung 3) Temperatursinn 4) Ortssinn an der Rachenschleimhaut geprüft und ferner zur Prüfung der Motilität die Patienten intoniren lassen. Die Einzelheiten der Prüfung sind in den 100 übersichtlich dargestellten Krankengeschichten niedergelegt und geht aus denselben zur Evidenz hervor, dass die Aufhebung des Würgreflexes nicht auf Störungen der Sensibilität oder der Motilität, sondern auf Störung des Reflexbogens beruht. — Ferner lässt sich hiernach der Satz aufstellen, „dass die Aufhebung des Würgreflexes als hysterisches Stigma betrachtet werden muss, das in Concurrenz mit anderen Symptomen die Diagnose zu sichern im Stande ist." Hilger-Magdeburg.

7. *G. Sticker*, Beiträge zur Hysterie. Hysterischer Magenschmerz, hysterische Athmungsstörungen. Zeitschr. f. klin. Med., 1896. XXX, pag. 61—86.

In der Absicht, die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die, im Allgemeinen noch zu wenig beachtete und in der Praxis meist unterschätzte Combination von hysterischen Erscheinungen mit organisch bedingten Erkrankungen hinzulenken, schildert Verf. zwei Formen hysterischer Anomalien, mit denen, in Folge Unsicherheit der Diagnose, schon recht viel therapeutisches Unheil angerichtet wurde.

Verf. weist zunächst nach, „dass die Hysterie häufig ein Organleiden nachahmt oder zu einem bestehenden leichten Organübel sich derart gesellt, dass dieses eine Zeit lang bedeutungsvoller erscheint, als es ist". So kann die Hysterie, nach Ansicht des Verf., dem flüchtigen Beobachter die schwerste Erkrankung vortäuschen und sie hat unter der Larve einer Organkrankheit schon die verschiedenartigsten Diagnosen gezeitigt, wie „ein ulcus ventriculi, eine Angina, eine Gallensteinkolik, eine beginnende Phthise, eine Apoplexie, ein Herzleiden, ja die complicirten Syndrome des Typhus, der Perforationsperitonitis u. s. w." . . . „Am häufigsten giebt sie einer bestehenden Organerkrankung nur ihre eigenthümliche Färbung, modificirt dieselbe, übertreibt sie, verdeckt sie; letzteres zumal bei den verschiedenen Gehirnkrankheiten und Neurosen (Tumor cerebri, Apoplexie, Epilepsie, Morbus Basedowii u. s. w.)."

H y p e r ä s t h e s i e e n d e r E i n g e w e i d e, besonders Magenschmerzen beruhen, nach den Erfahrungen des Verf., nicht selten auf hysterischer Grundlage. Er stützt sich mit dieser Ansicht auf fünf Fälle eigener Beobachtung, in denen die hysterische Natur eines schweren Symptomcomplexes mit Sicherheit constatirt werden konnte. Neben ununterbrochenem heftigem Magenschmerz als vorherrschendem Symptom bestanden die verschiedenartigsten Störungen auf Seiten des Verdauungstractus: saures Aufstossen oder Luftaufstossen, Brechneigung, Uebelkeit, regelmässiges Erbrechen nach jeder Mahlzeit und in deren Gefolge hochgradige Consumption der Kräfte. Ausserdem waren überall hysterische Stigmata, namentlich Anomalien der Sensibilität nachweisbar. In einem Falle war das Krankheitsbild mit Morbus Basedowii complicirt. Obwohl nun gerade bei dieser Neurose den beschriebenen ganz analoge Verdauungsbeschwerden vorkommen, so ist St. doch geneigt, in diesem Falle auf Grund eines typischen objectiven Befundes alle Magenstörungen auf Hysterie zurückzuführen. Die objective Untersuchung hat nämlich in allen diesen Fällen einen constanten Befund ergeben, den Verf. in Zweifelsfällen als prägnant für Hysterie, als ein gesetzmässiges hysterisches Stigma bezeichnen möchte. Es war stets eine sich genau an die Contouren des Magens haltende Schmerzempfindlichkeit gegen Druck und Percussion vorhanden und zwar in der ganzen Ausdehnung des Magens, soweit derselbe von Brust- und Bauchwand der Berührung zugänglich ist; die Umrisse des Magens erschienen gewissermaassen nach aussen projicirt. Diese Grenzen der Schmerzhaftigkeit wurden auch festgehalten, wenn man den Magen durch Aufblasen künstlich vergrösserte; dabei wurde der Schmerz stets genau an die Druckstelle localisirt und an allen Stellen gleichmässig stark empfunden. Es bestand also eine allgemeine gleichmässige Hyperästhesie der Magenwandung und ein Verhalten, das jede organische Läsion des Magens ausschliessen liess.

Einen ganz ähnlichen Befund konnte Verf. bei einer Hyperästhesie der Harnblase feststellen, die mit ständigem Harndrang und schmerzhafter Harnentleerung verbunden war. Es fand sich hier über der Symphyse ein genau der Ausdehnung der Blase entsprechender druckempfindlicher Bezirk, dessen Umfang nach künstlicher Füllung der Blase sich genau mit der Volumzunahme des Organs verbreiterte.

Zu den hysterischen Athmungsstörungen rechnet Verf. drei durch Untersuchung der Athmungscurve mittels des Marey'schen Stethographen festgestellte Athmungstypen, denen er, ob mit Recht oder Unrecht soll unentschieden bleiben, den Stempel des hysterischen Stigmas aufdrückt.

Die erste Form besteht in einer periodisch wiederkehrenden Inäqualität der Athmungsreihe bei gleichbleibendem Rhythmus der Athmungsbewegungen — einer „respiratio regularis inaequalis". Verf. meint, dass Anomalien der Athmung, die keine Periodicität aufweisen, eo ipso nicht zur Hysterie gehören; umgekehrt hält er „eine ausgesprochene Inäqualität der rhythmisch regulären Respiration, welche in der Hypnose verschwindet", für ein „hysterisches Stigma".

Die zweite Form hysterischen Athmens ist eine Superposition der einzelnen Athmungszüge; sie kommt besonders deutlich „im Paroxysmus des hysterischen Seufzens" vor und auch hier ist eine regelmässige periodische Wiederholung und das Verschwinden im Schlaf und in der Hypnose typisch und für ein hysterisches Stigma beweisend. Klinisch bietet sich folgendes Phänomen dar: die Athmungscurve wird plötzlich von einer langen saccadirten Inspiration unterbrochen oder es erfolgt umgekehrt nach einer heftigen kurzen Inspiration oder auch ohne eine solche eine langgedehnte Exspiration in treppenförmiger Abstufung.

Unter die dritte Gruppe hysterischer Athmungsstörungen zählt Verf. die schon lange bekannten sog. hysterischen Respirationskrämpfe, einfache oder combinirte und complicirte Inspirations- und Exspirationskrämpfe, die unter den Namen Singultus, Oscedo, Tussis, Ptarmus etc. beschrieben wurden.

Die alltäglichsten Formen, die auch Verf. häufig zu beobachten Gelegenheit hatte, sind Hustenkrämpfe, continuirliches Räuspern, unwillkürliches Stöhnen u. s. w. Des Näheren erörtert er nur einen einzigen Fall dieser Art, wo sich nach einem Sturz ins Wasser eine periodische Athmungsanomalie ausbildete, die sich einer stethographischen Analyse in markanter Weise als eine genaue Imitation der krampfartigen Athmungsbewegungen eines Ertrinkenden enthüllten. Daraus glaubt St. den Schluss ziehen zu dürfen, dass nicht allein in dem erwähnten Falle die ständig vorhandene, aber unbewusst bleibende Vorstellung von dem peinlichen Erlebniss das hysterische Syndrom veranlasst habe, sondern dass den hysterischen Erscheinungen überhaupt stets „unwillkürliche Erinnerungsbilder" (soll wohl „unbewusst" heissen. Ref.) eines psychischen Traumas zu Grunde liegen.

Als beweisend für den hysterischen Character einer Athmungsstörung betrachtet St., abgesehen von dem vorerwähnten Verhalten der Curven, das Verschwinden im Schlaf und in der Hypnose, sowie die Reaction auf eine psychische Behandlung. Die mitgetheilten Fälle konnten alle durch Suggestion in oberflächlicher oder tiefer Hypnose beeinflusst, respective geheilt werden. Zum Schlusse sollen noch einige allgemeine Daten des Verf. über geographische und sociale Verbreitung der Hysterie über Vertheilung auf die Geschlechter etc. Erwähnung finden.

Recht beachtenswerth ist die statistische Zusammenstellung über das Vorkommen der Hysterie in zwei verschiedenen Bezirken. Während Verf. in seiner Poliklinik in Giessen unter 1000 Krankheitsfällen 51 ausgesprochene Hysterien, darunter 36 Frauen (5 Mädchen) und 15 Männer (6 Knaben) hatte, fand er in zwei Serien von je 1000 Kranken aus der Kölner Poliklinik nur 35 resp. 36 hysterische Erkrankungen; davon waren 9 resp. 7 Männer und 26 resp. 29 Frauen.

In beiden Bezirken konnte Verf., sowohl was leichtere monosymptomatische

als was schwere mit Krämpfen verlaufende Formen betrifft, eine stärkere Betheiligung der unbemittelten Klassen constatiren. In Köln war die Hysterie bei der wohlhabenden Bevölkerung, im Vergleich zur Häufigkeit bei dem poliklinischen Krankenmaterial, entschieden selten. Leichtere Fälle waren häufiger und complicirten sich gewöhnlich mit Organerkrankungen oder ahmten eine solche nach. Schwerere Erkrankungen kamen relativ häufig bei Kindern vor. Verf. erwähnt nur ganz nebenbei eine hysterische Schulepidemie, wo innerhalb zwei Tagen 9 Mädchen von denselben hysterischen Anfällen befallen wurden, die sie bei einer Mitschülerin gesehen hatten. Auch die Hysteria virilis neigt zu schweren hysteroepileptischen Erscheinungen; dies gilt besonders von der traumatischen Hysterie, die Verf. öfters zu Gesicht bekam. Simulation und Aggravation darf, wie St. ausdrücklich hervorhebt, bei der betreffenden Bevölkerung ausgeschlossen werden.

Brodmann.

8. *Dr. V. Jez*, Ueber einen seltenen Symptomencomplex bei Hysteria virilis. Wiener med. Wochenschrift 1896, Nr. 31 u. 32, pag. 1369, und 1417.

Verf. berichtet ein zur sog. „grande hysterie" Charcot's zu rechnendes Krankheitsbild bei einem 26jährigen Eisengiesser, der eine Reihe im Verlaufe der gewöhnlichen Hysterie sehr selten beobachteter Symptome aufwies, welche den Gedanken an eine organische Hirnaffection (Cysticercus, Hirnabscess, Tumor) nahe legten. Speciell blieb die Diagnose zwischen einem Tumor und zwischen Hysterie lange Zeit schwankend, bis der weitere Verlauf der Erkrankung und die plötzliche Genesung sichere Entscheidung brachte.

Die Analyse des verwickelten Complexes krankhafter Erscheinungen, wie überhaupt die Darstellung des Gesammtbildes der Krankheit ist in der kleinen Arbeit bis zu einem Grade der Ausführlichkeit und Vollkommenheit gediehen, welche man zur Nachahmung empfehlen kann.

Patient, in äusserst aufreibendem Berufe und unter den denkbar ungünstigsten hygienischen Verhältnissen beschäftigt, erkrankte ohne nachweisbaren äusseren Anlass mit innerer Unruhe, Schmerzen im Hinterkopfe und fliegender Hitze im Gesichte. Nach einigen Tagen und nach einem auraähnlichen Vorstadium (Ohrenklingen, Gehstörungen, Schwindel) ganz unvermittelt erster Krampfanfall mit Bewusstseinstrübung; postparoxymaler Schlafzustand und partielle Amnesie. Von da ab rasche Verschlimmerung des Zustandes: Nebel- und Doppelsehen auf dem linken Auge, Störungen des Geschmacks, Gehörs, Geruchs, Schlingbeschwerden; andauernder heftiger Kopfschmerz, vom Hinterkopfe nach dem linken Auge ziehend; allgemeine motorische Schwäche, besonders im linken Bein; vorwiegende depressive Stimmung. Nach Aufnahme in die Anstalt gehäufte, unregelmässig, bis täglich zweimal auftretende Anfälle von $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden Dauer, bestehend in allgemeinen Convulsionen und theilweise Opisthotomas (arc de cercle). Im Anschluss an die Anfälle heftige Diarrhoen und Nasenbluten (artificiell?).

Die objective Untersuchung ergab Druckempfindlichkeit des Hinterkopfes, Lähmung der äusseren und inneren Muskeln des linken Auges, Lähmung des ganzen Stammes des linken Facialis mit Lähmung des Hypoglossus, Störungen des Gehörs, linksseitige Hemianästhesie, linksseitige motorische Schwäche, Verdoppelung des systolischen Mitraltones, Bradycardie, wechselndes Verhalten der Reflexe, starke

Steigerung des Patellarreflexes während der Anfälle; Chvostek'sches Facialisphänomen. Durch Druck oder Electrisirung der protuberantia occipitalis externa gelingt es hin und wieder einen Anfall auszulösen, eine künstliche Unterbrechung desselben ist jedoch nicht möglich; durch Auflegen von Metallplatten konnte Transfert der Anästhesie erzielt werden.

Unter einer rationellen Behandlung, suggestiver Psychotherapie verbunden mit Faradisation, trat in kurzer Zeit Heilung ein, so dass Pat. seine Thätigkeit wieder aufnehmen konnte.

Die Auffassung der Verdoppelung des Mitraltones als einer hysterischen Erscheinung ist entschieden von Seiten des Verf. nicht genügend begründet. Ref. hält die Erklärung durch eine Ungleichheit der Innervation der verschiedenen Papillarmuskeln, wodurch ein ungleichzeitiger Schluss der Klappenzipfel bedingt sein soll, für unzulänglich. Etwas sehr gewagt scheint dem Ref. ferner der Schluss auf psychopathische Belastung aus dem einzigen Umstand, dass ein Bruder des Patienten aus Liebesgram sich das Leben nahm. Ref. kennt einen derartigen Fall, wo mit absoluter Gewissheit jede, selbst die leiseste Spur erblicher Belastung auszuschliessen ist. Schliesslich möchte Ref. auch dagegen Einspruch erheben, dass Verf. die Erkrankung ätiologisch als eine „Nachahmungshysterie" bezeichnet. Wenn in dem betreffenden Betriebe wiederholt durch Anfälle characterisirte Erkrankungen vorgekommen sind, so beweist dies höchstens die prädisponirende Wirkung der dortigen Verhältnisse (Überhitzung, abwechselnd mit Abkühlung) für functionelle Schädigungen des Nervensystems, nicht aber die „Nachahmung" eines so complicirten und so wohl ausgeprägten Zustandes wie des vorliegenden. Brodmann.

9. *O. Conta*, Contribution à l'étude du sommeil hystérique. Thèse. Paris. 1897. 96 S.

Die Arbeit enthält ausser zweien im Service von Raimond in der Salpêtrière gemachten Beobachtungen nichts Selbstständiges.

Aus der klinischen Schilderung ist nichts weiter hervorzuheben als dass die Verf. einen von fortwährendem Tremor begleiteten ausgeprägten Spasmus des Orbicularis oculi und einen Trismus als characteristisch für die hysterischen Schlafzustände ansieht.

Fall 1.

Anamnese.

Mädchen, 18 Jahre alt, ohne hereditäre und hysterische Antecedentien.

Am 3. I. 96 beim Zahnarzt, um sich einen Zahn ziehen zu lassen. Der Zahnarzt „schläfert" das Zahnfleisch mit Cocaïn ein. Im Anschluss an die schmerzlose Extraction eine grande crise mit Convulsionen und nachfolgendem Schlafe bis zum anderen Tage. Nach 3 Monaten ohne nachgewiesenen äusseren Grund mehrtägige Schlafattaque. Seit dieser Zeit intermittirend solche Anfälle.

Status praesens (17. XI. 96).

Pat. wird schlafend in die Salpêtrière gebracht.

Muskulatur der Glieder schlaff; Trismus.

Der sonst ruhige Schlaf durch rudimentäre convulsive Anfälle zeitweise unterbrochen.

Vollständige allgemeine Anästhesie, nur rechts Supramammillardruckpunkt. Von hier aus die Convulsionen auslösbar, bei längerem Druck aber aus dem Schlaf zu erwecken.

Weiterer Verlauf.

Danach Druck auf den rechten Supramammillardruckpunkt am 19. XI. erweckt Nach dem Erwachen durchaus wohl. Amnesie.

In der anfallsfreien Zeit: Aufhebung des Würgreflexes, Anosmie, Anfälle von Lachkrampf; sonst keine Stigmata.

Künstlicher Augenschluss löst typischen Schlafanfall ohne Rapportverhältniss aus Weiterhin Wiederholung der Schlafanfälle, diese suggestiv verkürzt und seltener gemacht.

Fall 2.

Mädchen, 33 Jahre alt, Tochter eines Alcoholisten, alte Hysterika. Erster Schlafanfall im 18. Lebensjahre im Anschluss an einen Schrecken. Hat Schlafanfälle bis zur Dauer von 25 Tagen gehabt. Zwischen durch auch andere hysterische Attaquen.

Im Schlafe Spasmus und Tremor des Orbicularis oculi, Trismus, untere Extremitäten in Contraction, obere schlaff. Intermittirende Convulsionen. Enuresis. Allmähliches Erwachen. Anfänglich Mutismus. O. Vogt.

10. *Dr. Wichmann* (Braunschweig), Ueber Suggestion und Autosuggestion Verletzter. Wiener Med. Presse 1896, Nr. 20 u. 21, pag. 671 und 705.

Der vorliegenden Abhandlung kann Ref. in vollstem Umfange und nach jeder Richtung seine Zustimmung zusichern. Es ist eine vorurtheilslos, mit durchdringendem psychologischem Verständniss, in nettem, klarem Ausdruck geschriebene Psychoanalyse der Entstehung von Unfallneurosen.

Die Simulation, der Verf. früher ein ganzes Buch gewidmet hatte, weist er jetzt weit von sich und deckt den psychogenen Ursprung aller Unfallneurosen auf. Er schliesst aus seiner Betrachtung die auf directer mechanischer Einwirkung auf das Nervensystem beruhenden nervösen Störungen aus, ferner übergeht er jene unmittelbaren traumatischen Affectionen des Seelenorgans, welche sich im Augenblick des Unfalls als primäre Seelenstörung durch Shok ausbilden und längere oder kürzere Zeit bestehen bleiben; schliesslich will er auch die eigentlichen Psychosen, wie echte Hypochondrie und echte Hysterie nicht in den Kreis seiner Betrachtung ziehen. Es bleiben also nur jene in Folge von Suggestion und Autosuggestion nach Unfällen allmählich sich entwickelnden Krankheitsbilder, die man als „Formes frustes“ bezeichnet hat, und die in einer Complication von vorwiegend neurasthenischen mit hysterischen und hypochondrischen Symptomen bestehen.

Lange Zeit standen die Gelehrten derartigen Affectionen ganz rathlos gegenüber, ihre Genese blieb unverstanden und man wusste sich nicht anders zu helfen, als Alles dem bequemen und einfachen Sammelbegriff „Simulation“ zu subsumiren Dafür sprachen mehrere Gründe: einmal der Umstand, dass die nervösen Störungen meist erst längere Zeit nach dem Unfall, nach einer Art von Incubation (période de méditation inconsciente Charcot's), oft erst gegen Ende der 13 Wochen, während welcher die Krankenkassen zahlen, in die Erscheinung treten; dafür sprach ferner die seit Bestehen der Unfallgesetze sich beständig steigernde Zahl von Unfallnervenkrankheiten. Was lag näher und was für den begutachtenden Arzt bequemer als zu sagen, der Unfallverletzte will krank scheinen, um in den mühelosen Besitz einer Leibesrente zu gelangen?

Erst als sich eine Reihe gewichtiger Stimmen (Möbius, Oppenheim u. A.) gegen diese unwürdige „Simulanten-Riecherei“ erhob, als Männer von psychologischer und psychiatrischer Vorkenntniss anfingen, den psychologischen Gesetzen nachzuforschen, aus denen sich eine Verständigung über die Entstehung der Unfallneurosen erzielen lässt, trat allmählich ein Wandel ein. Diese Reaction verdichtete sich sogar zu dem Satze, dass die Zahl der Simulanten, welche ein Arzt beobachtet haben will, „gewöhnlich im umgekehrten Verhältnisse mit dem psychiatrischen Wissen des Beobachters“ stehe. (Möbius, Bemerkungen über Simulation bei Unfallnervenkrankheiten. Neurol. Beiträge I, pag. 51.)

Worin liegt nun aber die Ursache für die Häufigkeit der Unfallneurosen, wenn man nicht annehmen will, dass die neue Gesetzgebung unsere Kranken erst geschaffen habe?

Wichmann antwortet auf diese Frage mit einer erschöpfenden Gründlichkeit.

Unfallnervenkranke hat es zu allen Zeiten und an allen Orten, auch wo Entschädigungsansprüche nicht in Betracht kamen, gegeben. Unfallneurosen giebt es auch heute noch in Kreisen, die zu dem Unfallgesetze in gar keiner Beziehung stehen. Wenn sie heute häufiger vorzukommen scheinen, so liegt dies darin, dass früher überhaupt jede Statistik darüber fehlte. „Man hatte für diese Fälle auch kein Interesse, weil sie ja kein Geld kosteten“; es liegt ferner darin begründet, dass im Allgemeinen die Kranken, besonders wo es sich um wirkliche oder vermuthliche chirurgische Erkrankungen handelt, — und dazu gehören in den Augen eines Laien doch wohl die Folgen eines Unfalles — häufiger zum Arzt gehen, als es früher der Fall war. Die ärztliche Kunst hat sich mehr popularisirt. Und schliesslich müssen wir die allgemeine Zunahme der Nervosität ebenfalls dafür verantwortlich machen; die Hast des modernen Lebens, die Steigerung der Reizbarkeit und Schwäche des gesammten Nervensystems vieler Menschen „bewirkt eine Abnahme der Widerstandsfähigkeit gegen Angriffe, welche den Körper oder die Seele oder beide zugleich treffen.“

Auf dieser Grundlage einer weitverbreiteten Schwächung der Nervenkraft und der „Hand in Hand damit gehenden Verbreitung der Blutarmuth in allen Volksklassen“ können sich dann mit grösserer Leichtigkeit durch Suggestion und Autosuggestion bedingte nervöse und psychische Störungen an Verletzungen und Unfälle anschliessen. Die Verletzten befinden sich nach dem Unfall in einem Zustand der Psychasthenie und Neurasthenie mit Neigung zu Hypochondrie und da können zahlreiche, selbst die unscheinbarsten Momente in nachtheiliger Weise auf den Kranken einwirken und auf psychischem Wege, durch Vermittelung von Vorstellungen — kurz durch Suggestion und Autosuggestion die verschiedenartigsten und schwersten Krankheitserscheinungen auslösen. Meistens handelt es sich dabei um rein subjective Schmerzen und Empfindungsstörungen, die mit einer ungemein zähen Hartnäckigkeit festgehalten werden und den ärztlichen Gegenvorstellungen, selbst wenn es gelingt, tiefere Hypnose zu erzielen, schwer zugänglich sind.

Diese Hartnäckigkeit erklärt sich ihrerseits wieder aus den verschiedensten inneren Bedingungen und äusseren Einflüssen. Ein ordentlicher, nüchterner, strebsamer Arbeiter — das Vorkommen arbeitsscheuer Vagabonden beweist garnichts — ist von Anfang an, und heute mehr als je, von dem ängstlichen Gedanken an die Zukunft, von der Sorge um seine Existenz oder um seine Familie gequält. Die schlechten socialen Lebensverhältnisse, die mangelhafte Hygiene, die ungesunden

Wohnungen, ungenügende einförmige Kost, die Gewöhnung an den Alcohol, die trostlose Aussicht auf's Alter, beschäftigen den Arbeiter mehr als ihm gut mit seinem Körper und müssen nothgedrungen immer wieder hypochondrische Gedanken wach rufen und in ihm festlegen. Daneben muss entschieden zugegeben werden, dass die Aussicht auf eine gesetzliche Entschädigung den Genesungsprocess verhindert, indem sie die Entfaltung der nothwendigen Energie, welcher zur Wiederaufnahme der Arbeit führt, hemmt. Andererseits ist es wiederum dasselbe Gesetz, welches bei vielen Verletzten von vornherein den Grund zu einer Neurose legt, indem es so vielfach wirklich schwer Kranken ihre rechtmässige Entschädigung versagt, sie jahrelang hinzieht, zur Geistesverwirrung und schliesslich zum Selbstmord treibt. Solche Beispiele, die den Unfallverletzten wohl bekannt sind, wirken ungemein schädlich, sie produciren in dem Kranken autosuggestiv hypochondrische Vorstellungen in unerschöpfbarer Fülle. Werden diese Autosuggestionen noch unterhalten und genährt durch Fremdsuggestionen, durch schädliche Einflüsterungen der Umgebung, durch unvorsichtige Aeusserungen des Arztes, durch unzweckmässige Behandlung, widersprechende ärztliche Diagnosen, Urtheile und therapeutische Versuche, so muss der Kranke unterliegen, alle die Vorstellungen verdichten sich suggestiv in dem Seelenbinnenleben zu einer Art von fixen Ideen und führen zur „Neurose aus Einbildung".

Auf welche Weise ist nun dieses Unheil zu verhüten oder wenn es bereits in seinen Wirkungen vorliegt, abzuwenden? W. legt den Hauptwerth auf die Prophylaxe. Die Bekämpfung der zu einem unheimlichen Volksübel gewordenen Constitutionsanomalien (nervöse Schwäche und Reizbarkeit neben Blutarmuth), welche als Grundlage der Neurosen anzusprechen sind, ist die Aufgabe, eine dringende Aufgabe der socialen Hygiene; sie wird in Zukunft die Hauptarbeit an der Prophylaxe zu erfüllen haben. In allernächster Reihe kommt aber die Behandlung eines Unfallverletzten durch den Arzt in Betracht. Dieser kann Alles gut, aber auch Alles schlecht machen. Von dem Verhalten des Arztes bei der ersten Untersuchung, von der Sicherheit und Sachverständigkeit des ersten Gutachtens, das vor Allem nicht von Klassenvorurtheilen beeinflusst oder von Misstrauen gegen die Arbeiterschaft dictirt sein darf, hängt in vielen Fällen Alles ab. Dazu sind aber „gewisse Vorkenntnisse in der Psychiatrie" unerlässliche Vorbedingung. „Ein verständiges Wort, Trost und Aufklärung sind als Gegensuggestionen mehr werth", als jedes Recept. „Die gesunkene Energie, der schwache Wille, der fehlende Muth, sie müssen belebt werden." Dann muss der Arzt den Kranken wieder möglichst frühzeitig an die Arbeit bringen, jede Forcirung muss aber vermieden werden. Wo dauernde Schädigungen zurückbleiben, muss für passende Arbeitsgelegenheit gesorgt werden; mechanische Institute sind nur unzureichende Nothbehelfe; an deren Stelle müssen „Arbeitsstätten im Hause, im Hofe und auf dem Felde, die unter ärztlicher Aufsicht stehen", treten. Eine wesentliche Aufgabe des Arztes ist es natürlich auch, alle nachtheiligen suggestiven Einflüsse von aussen von dem Kranken fernzuhalten, er wird also die Umgebung in diesem Sinne zu belehren haben.

Brodmann.

11. *Jessen*, Ueber functionelle Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen. Nach einem Vortrag im ärztlichen Verein zu Hamburg. Neurolog. Centralblatt 1896, XV, Nr. 12 u. 13.

Ein näheres Eingehen auf diesen Vortrag, der an sich nichts Neues brachte, würde endlose Wiederholungen erfordern; es soll nur deshalb auf denselben verwiesen werden, weil er eine Discussion von nicht zu unterschätzender Tragweite im Gefolge hatte, in welcher von hervorragenden und vielerfahrenen Practikern zu den wichtigsten Fragen dieses Gebietes Stellung genommen wurde und weil er aus diesem Grunde den Anlass gab zu einer condensirten Zusammenfassung des gesammten empirischen Materials über die Unfallneurosen.

Der Kernpunkt der Verhandlungen liegt, nach Ansicht des Ref., in einer scharfen Opposition zu Strümpell, der in einer neuerlichen Ausführung (Ueber die Untersuchung, Beurtheilung und Behandlung von Unfallkranken) den Werth der objectiven Krankheitssymptome und jeder exacten Untersuchung zu negiren bestrebt war und das ganze Krankheitsbild der traumatischen Neurose durch Begehrungsvorstellungen zu erklären versucht hatte. In scharf pointirter Weise erklärten eine Reihe von Rednern, namentlich Nonne, dass dieser Standpunkt Strümpell's durchaus „keinen Fortschritt" bedeute, dass dessen Ansichten im Gegentheil geeignet seien, „die mühsam errungene Klarheit wieder zu trüben": Andere Redner (Sänger[1]) und Rumpf) gingen mit Gründlichkeit und Ernst an eine Analyse der objectiven Krankheitsmerkmale. Während der Erstgenannte sich mit den alltäglicheren Erscheinungen vasomotorischer, reflectorischer und sensibler Natur, welche nicht simulirt werden können, befasste, betonte der letztere die unwiderlegbare Beweiskraft dreier Symptome: 1) der fibrillären Zuckungen nach Anstrengung, bei Einwirkung von Kälte und faradischen Reizen (neurasthenische Zuckungen sollen extensiv und intensiv geringer sein), 2) der quantitativen Herabsetzung der galvanischen Erregbarkeit, 3) des Mannkopf'schen Symptoms (Beschleunigung (resp. Verlangsamung oder Unregelmässigkeit) der Herzaction bei Druck auf einen schmerzhaften Punkt). Solche Phänomene sind der Willkür entzogen, sie sind unsimulirbar und können, wie von verschiedenster Seite berichtet wurde, auch bei nicht Rentenberechtigten häufig nachgewiesen werden.

Die Simulation wurde recht kurz abgethan, nur ein einziger Redner — sein Name sei als Curiosum genannt, es war Herr Wilmans — verstieg sich zu der absurden Behauptung, dass eigentlich jeder Unfallverletzte Simulant sei. Im Uebrigen aber ging aus der anregenden Discussion hervor, dass das Gros der Aerzte aus den traurigen Erfahrungen der letzten Jahre gelernt und dass durch Vertiefung der Erkenntniss functionell nervöser Störungen manches Vorurtheil gegen Unfallnervenkranke weggefegt wurde. Brodmann.

12. *A. Behr*, Ein Fall von Hysterie im Anschlusse an Leuchtgaseinathmung. Wien. med. Wochenschr. 1896, Nr. 40, 41 u. 42.

Ein neuropathisch veranlagter, in einer städtischen Gasanstalt beschäftigter Arbeiter wurde ganz plötzlich von Krämpfen befallen, als er bei einem nächtlichen Rundgang das Ausströmen von Gas aus einem Sicherheitsrohre entdeckte und darüber einen heftigen Schreck bekam, da sofort die Gefahr einer Explosion in ihrer ganzen Fürchterlichkeit vor seinen Augen stand. Der Kranke wurde eine Stunde später an der Unfallstelle liegend gefunden. In der Folge entwickelte sich

[1]) Die inzwischen erfolgte Publication Sänger's wird noch ausführlich in dieser Ztschr. besprochen werden.

bei dem Manne ein schweres hysterisches Krankheitsbild und ein vorwiegend von ängstlichen Vorstellungen beherrschter abnormer Geisteszustand, der eine Aufnahme in eine Irrenanstalt nothwendig machte. Aus derselben entlassen blieb die Hysterie in vollem Umfange mit gewissen depressiven Zuständen bestehen. Der Kranke war dauernd arbeitsunfähig, er konnte kein Gas mehr riechen und strengte gegen die Stadt eine Entschädigungsklage an, mit der Begründung, dass seine Erkrankung die Folge jenes nächtlichen Unfalles sei. Der Process wurde auf das ärztliche Gutachten hin zu seinen Ungunsten entschieden.

Aus dem sehr eingehenden Krankenbericht, in dem eine Reihe von Ausführungen über CO-Vergiftung und über Hysterie im Allgemeinen eingeschoben sind, interessirt hier nur noch das Resumé, das Verf. aus dem Urtheil über den Zustand des Kranken mittheilt und das zu dem bereits erwähnten für den Kranken so folgenreichen Resultat geführt hat.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass eine wirkliche Arbeitsunfähigkeit bedingende hysterische Erkrankung vorliege, dass jede Simulation auszuschliessen sei, dass aber die Erkrankung in „keinem ursächlichen Zusammenhang“ mit der Leuchtgaseinathmung stehe, dass sich die hysterischen Anfälle nur zeitlich an den Unfall anschliessen, dass der Unfall nur die Rolle des „agent provocateur“ für eine bereits vorhandene hysterische Disposition gespielt habe.

Mit diesem Gedankengange kann sich Ref. durchaus nicht einverstanden erklären. Es handelt sich doch nicht darum, festzustellen, ob das Leuchtgas die Ursache der Hysterie gewesen ist, was natürlich verneint werden müsste, und auch nicht darum, ob eine schlummernde Krankheitsdisposition vorhanden war, was man immerhin annehmen mag, sondern um die Frage, ob die Erkrankung in Folge jenes durch Fahrlässigkeit des Betriebes entstandenen nervösen Shoks zum Ausbruch kam. Man formulire die Frage dahin: „Wäre der Mann erkrankt, wenn er einen Unfall nicht erlitten hätte?“ und man wird nicht anders können als mit einem Nein zu antworten. Es ergiebt sich daraus die Consequenz: ein vorher voll arbeitsfähiger Mann ist durch einen dienstlichen, als psychisches Trauma wirkenden Unfall arbeitsunfähig gemacht worden, er ist entschädigungsberechtigt, denn die durch den Unfall erst geweckte Hysterie hat seine Erwerbsunfähigkeit bedingt, während die „schlummernde Disposition“ ihn in Ausübung seines Berufes nicht gestört hatte.

Brodmann.

13. *Prof. Adamkiewicz*, Pseudoneurosis traumatica und deren forensische Beurtheilung. Zeitschr. für klin. Med. 1887, Bd. XXXI, pag. 148—165.

Die Abhandlung besteht im Wesentlichen in der kritischen Besprechung eines Falles von Traumaneurose nach einem Eisenbahnunfall, der mit dem vorstehend referirten, von Behr beschriebenen, sehr weitgehende Analogien bietet, nur dass hier der tragische Ausgang noch trübere Perspectiven eröffnet, insofern als von zwei sich widersprechenden, gleich autoritativen ärztlichen Gutachten dasjenige zum Siege gelangte, welches den Erkrankten mit dem „abscheulichen Verdachte“ der Simulation und rechtswidriger Aspirationen belastete.

Der Fall ist eines eingehenden analytischen Studiums würdig schon der mehrfachen Widersprüche wegen, in denen sich das obsiegende Gutachten bewegt, es können hier jedoch nur wenige Anhaltspunkte gegeben werden.

Der Advocat und Dr. jur. X. wurde bei einer Zugentgleisung von der Bank,

auf der er schlafend gelegen hatte, durch den Anprall auf den Boden herabgeworfen. Er spürte zunächst keine Beschwerden, konnte unbehindert bis zur nächsten Station gehen, zeigte auch nicht die geringste äussere Verletzung. Erst am folgenden Tage stellten sich eine Reihe subjectiver Beschwerden ein, die sich rasch steigerten, wie Aengstlichkeit und Erregbarkeit, unruhiger Schlaf, nächtliches Aufschrecken, Muskelschwäche, Ohrensausen und namentlich Farbigsehen. Eine sofort veranlasste objective Untersuchung ergab zunächst rein gar nichts, auch an dem optischen Apparat und seinen Functionen konnten von einem Augenarzt keine objectiven Veränderungen nachgewiesen werden. Ebenso erging es zuerst bei Prof. A., den der Erkrankte in seiner Angst consultirte, so dass A. geneigt war, Alles als plumpe Lüge zu bezeichnen, bis sich durch die Perimeteraufnahme auf beiden Netzhäuten eine concentrische Einschränkung des Perceptionsvermögens für roth und grün, bei intactem Gesichtsfeld für weiss, herausstellte. Prof. A. war damals sehr befriedigt von dem Ergebniss, denn er war sich bewusst, mit diesem „festen Punkt in der Erscheinungen Flucht“ ein schmähliches Unrecht, das er zu begehen im Begriff stand, von einem achtbaren Manne abgelenkt zu haben und er ergeht sich zur Begründung seiner Diagnose in den theoretischen Erwägungen, dass man trotz des Mangels jeder nachweisbaren Verletzung an eine molekulare Erschütterung des Gehirns denken müsse; ja man könnte theoretisch sogar molekulare Trennungen, kleinste Läsionen in den höchsten Organen annehmen, welche zwar keine objectiven Störungen, wohl aber feinere, „nur auf die subjectiven Empfindungen wirkenden Alterationen“ hervorzurufen im Stande wären.

Wie ganz anders die Ueberzeugungen des Herrn Prof. nach sechs Jahren, als der Kranke, der unterdessen einen Entschädigungsanspruch gegen die Bahn erhoben und eingeklagt hatte, zwecks gerichtlicher Begutachtung wieder zur Untersuchung kam. Das subjective Befinden des X. hatte sich sehr verschlechtert, er klagte über rasche Ermüdung der geistigen Functionen, über Gedächtnissschwäche, Seh- und Sprachstörungen, plötzliche vorübergehende Erblindung etc., Erscheinungen, welche die Ausübung seines Berufes unmöglich gemacht und ihn in einen sechsjährigen Process mit der Bahnverwaltung verwickelt hatten. Objectiv war, ausser ganz vorübergehenden entzündlichen Veränderungen an den Sehnerven, stets der constante Befund der doppelseitigen chromatischen Abstumpfung vorhanden gewesen, ein Phänomen, das immer mehr an Ausdehnung gewann und sich schliesslich mit einer concentrischen Einengung des weissen Gesichtsfeldes vergesellschaftete.

Prof. Fuchs kommt auf Grund dieses Status in seinem Gutachten zu der Ueberzeugung, dass Simulation allerdings nicht absolut ausgeschlossen werden könne, dass aber die Veränderungen der optischen Functionen mit Wahrscheinlichkeit der „traumatischen Neurose“ zugehören. Prof. Adamkiewicz dagegen nimmt einen gründlichen Gesinnungswechsel vor und behauptet unter Hinwegsetzung über seine frühere Argumentation, in seinem Urtheil, „dass der Boden fehlt, die Beschwerden des Kranken in der von ihm intendirten Richtung wissenschaftlich zu deuten.“

Prof. A. scheut sich nicht, damit dem Manne Intentionen unterzuschieben, die er früher als „abscheulichen Verdacht“ gebrandmarkt hatte. Und warum dies?

Weil er seine Auffassung über den objectiven Werth einer concentrischen Gesichtsfeldeinengung unterdessen geändert hat, weil das Krankheitsbild dem üblichen Schema einer traumatischen Neurose nicht entspreche (schon die Doppelseitigkeit der Achromasie erregt Verdacht bei dem Verf.), weil der Habitus und

das psychische Verhalten des Herrn X. dem Aussehen und Gebahren schwer leidender Traumatiker widerspreche, weil derselbe durch seine geistige Lebhaftigkeit und Frische, durch die Energie und Klarheit, mit der er sein Recht vertheidigt und allen Einwendungen schlagfertig entgegentritt, seine eigenen Klagen über geistige Erschöpfung und Gedächtnissschwäche widerlege, und vor Allem weil sein einziges objectives Phänomenen die Simulationsprobe nicht einwandsfrei bestanden habe.

Es wird genügen, die eine Frage zu entscheiden, ob die functionellen Veränderungen in der Sehsphäre simulirt waren oder nicht, um über alle anderen und das gesammte Gutachten von Prof. A. ein Urtheil zu gewinnen.

Zunächst muss darauf hingewiesen werden, dass schon vor Jahren Möbius in eindringlicher Begründung davor gewarnt hat, die sog. Simulationsproben bei Hysterie zu verwerthen; Verf. scheint diese Mahnung nicht genügend beachtet zu haben. Dann wollen wir uns aber einmal die Frage vorlegen, ob die „innere Wahrscheinlichkeit" überhaupt dafür spricht, dass Herr X. die Sehstörungen simulirt habe. Dass er sie hätte simuliren können, soll bei seiner Intelligenz zugegeben werden, aber dass dieser schlaue Advocat, dieser angebliche Simulant, der mit der Absicht, sich einen rechtswidrigen Vermögensvortheil zu verschaffen, ein Krankheitsbild studiert, nur eine einzige krankhafte Störung herausgreifen sollte und gerade die für einen Laien am schwierigsten verständliche, diejenige, bei der er am ehesten zu Fall kommen kann, eine solche Annahme spricht doch gegen jede menschliche Logik. Dass dieser schlaue Advocat, der in einem Punkte, bezüglich des complicirtesten hysterischen Symptoms, stets genaue, sich gleich bleibende Angaben machte, über andere einfache hysterische Phänomene garnichts wusste, oder dass er dieselben nicht zu Gunsten seiner intendirten Erkrankung verwerthete, wenn er sie kannte, beweist andererseits mit psychologischer Nothwendigkeit, dass überhaupt nicht an Simulation in diesem Falle gedacht werden konnte, dass die Dyschromatopsie also wirklich bestand als Ausdruck einer traumatischen Hysterie. Damit fällt die Prämisse von Prof. A. und mit ihr sein Urtheil über den Erkrankten.

Angesichts dieses Falles muss noch die zwingende Nothwendigkeit betont werden, überall dort, wo sich gleichwerthige ärztliche Gutachten gegenüberstehen, im Interesse der Gerechtigkeit ein neues von einer unbeeinflussten Commission ausgearbeitetes Obergutachten anfertigen zu lassen. Nur auf solche Weise werden schwere Rechtsirrthümer vermieden werden können. Brodmann.

14. *Goebel*, Ein Fall von traumatischer Neurose mit schnellem Uebergang in Psychose. Berl. klin. Wochenschr. 1896. Nr. 5.

Verf. theilt einen Fall von traumatischer Neurose bei einer 43jährigen verheiratheten Arbeiterin mit, der in der Poliklinik von Prof. Oppenheim zur Behandlung kam und in mehrfacher Hinsicht, namentlich als ein drastischer Beleg für die ernsthafte Natur von Unfallnervenkrankheiten, die Beachtung der weitesten, ärztlichen wie juristischen Kreise verdient.

Es verdient zuerst hervorgehoben zu werden, dass im Anschluss an ein nicht gerade gefährliches Trauma (Quetschung der rechten Hand mit nachfolgender Amputation des Mittelfingers) sich ein sehr schweres ungemein vielgestaltiges Krankheitsbild, ein Complex zahlreicher hysterischer und neurasthenischer Symptome entwickelte, deren wichtigste folgende waren: trophische und vasomotorische Störungen an den oberen und unteren Extremitäten rechts, Contractur der rechten

Hand, motorische Störungen an allen Gelenken des rechten Armes verbunden mit Schmerzhaftigkeit, totale Hypästhesie der rechten Körperhälfte, rechtsseitige Herabsetzung des Geschmackes, beiderseitige Anosmie, beiderseitige concentrische Gesichtsfeldeinengung höchsten Grades. Dazu kam ein Heer cerebrasthenischer Erscheinungen: Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Uebelkeit, Ohnmachtsanfälle, Vergesslichkeit, Sucht zu übertreiben. Als bedenklichstes Symptom eine von Anfang an ausgeprägte psychische Hemmung, wie man sie bei einfacher beginnender Melancholie sieht, eine psychomotorische Verlangsamung mit depressivem Affect und Erschwerung des Denkens.

Diese Kranke konnte zunächst den Verdacht auf Simulation erwecken, man konnte aber ebensowohl an eine Melancholie denken. Erst der weitere Verlauf sollte die Schwere der Affection darthun. Nach einigen Tagen nun bot die Kranke, bei Gelegenheit einer Visite, ein ganz verändertes Bild und daran lässt sich die eminente sociale und forensische Tragweite des ärztlichen Gutachtens ermessen. An Stelle der depressiven Stimmung war ganz plötzlich eine centrale Erregung, ein beschleunigter Vorstellungsablauf, ein gehobenes Selbstbewusstsein und das Gefühl völliger Gesundheit getreten. Die Patientin fing an zu dissimuliren, demonstrirte die Gebrauchsfähigkeit der contracturirten Gelenke, obwohl noch objectiv nachweisbare krankhafte Veränderungen vorhanden waren, kurz sie behauptete völlig gesund zu sein. Dazu gesellten sich bald Beeinträchtigungsideen, so dass der Ausbruch einer Psychose (wahrscheinlich einer Paranoia) und zwar in unmittelbarem, ursächlichem Zusammenhang mit der Verletzung und begünstigt durch die Verdächtigung der Simulation zweifellos war.

Verf. betont, dass ein solcher Ausgang gar nicht so selten ist, dass Unfallkranke häufig, namentlich wenn sie in ihren Ansprüchen auf eine rechtliche Entschädigung durch ein dilatorisches Verfahren der Gerichte, durch widersprechende Urtheile und mangelhafte Sachkenntniss der Begutachter ständig von einem Forum zum anderen geschleppt werden, oder wenn sie gar mit dem demüthigenden Verdachte der Simulation von den Behörden abgewiesen werden, ganz plötzlich einer geistigen Störung verfallen oder unerwartet mit Selbstmord endigen, zur grossen Enttäuschung aller Betheiligten und zur, leider verspäteten, Belehrung der ärztlichen Sachverständigen.

Man darf dem Verf. für die Publication dieses Falles sehr dankbar sein und wird mit ihm das Gefühl einer schweren socialen Gefährdung von Unfallkranken, die in die Hände psychiatrisch ungebildeter Aerzte gerathen, theilen. Angesichts dieser für Unfallverletzte recht traurigen Perspective wird man dann auch den Consequenzen, die Verf. aus solchen Erfahrungen zieht, bereitwilligst beistimmen und mit Nachdruck die Forderung nach psychiatrischer Ausbildung der mit der Begutachtung derartiger Fälle betrauten Aerzte vertreten, da, wie Verf. ausführt, „die schwereren durch Trauma veranlassten Störungen des Nervensystems immer mit Anomalien der Psyche verbunden sind, und nur die Combination der Aufnahme eines somatischen und psychischen Status ein sicheres Urtheil über das Wesen der Affection erlaubt.“ Brodmann.

15. *Oppenheim*, *Prof. Dr. H.* Der Fall N. Berlin, S. Karger 1896.

Der erste Theil der Abhandlung trägt einen polemischen Character und enthält ein Gutachten des Verf. über einen Fall von traumatischer Neurose, dem ein

anderes Gutachten eines Prof. X., dessen Namen O. aus formalen Gründen nicht nennen will, gegenübersteht und schliesslich ein weiteres Attest O.'s, in dem er seine früheren Behauptungen aufrecht erhält und die des Prof. X. zu widerlegen sucht. Es mag gleich bemerkt werden, dass ihm letzteres nach Ansicht des Ref. entschieden gelungen ist. Der Fall ist umso bemerkenswerther als N. mit seinen Entschädigungsansprüchen abgewiesen worden ist.

Verf. fand bei dem N., der im Oct. 89 drei Stock hoch herabgestürzt war, im Nov. 92 folgende Symptome.

1. Steigerung der Pulsfrequenz bis 140 pr. Min.

2. Abstumpfung des Gefühls, besonders der Schmerzensempfindlichkeit auf der linken Gesichts- und der rechten Körperhälfte. Dasselbe Verhalten der Reflexe.

3. Hippus,

4. Abschwächung des Geschmacks, Geruchs, Gehörs links,

5. Bewegungsschwäche des rechten Arms,

6. Steigerung der vasomotorischen Erregbarkeit bis zur Bildung von Urticaria factivia,

7. Psychische Störungen

und begründet damit seine Diagnose.

Der zweite Theil der Abhandlung bildet eine klinische Vorlesung, in der ein weiterer Fall von traumatischer Neurose besprochen und durch einige Bemerkungen über die Symptomatologie erläutert wird.

In dem letzten Abschnitte legt er seine Ansichten über die traumatische Neurose dar und wendet sich in erster Linie gegen Strümpell, von dem er insofern abweicht als er 1. dem Trauma eine grössere Rolle als ätiologischem Factor einräumt, 2. die Wichtigkeit objectiver Symptome vertheidigt, die Strümpell neuerdings für ein Product der Suggestion erkläre, 3. einen milderen Standpunkt gegenüber der Simulationsfrage einnimmt.

Im Allgemeinen steht O. auf dem Standpunkte, dass wir sehr wohl berechtigt sind, auch wenn wir allen von den Gegnern geltend gemachten Bedenken Rechnung tragen, ein wohl umschriebenes, klinisch gut characterisirtes Krankheitsbild der traumatischen Neurose (besser als traumatische Hysterie bezeichnet. Ref.) aufzustellen; eine Ansicht, der auch Ref. ganz beistimmen kann.

In den Ausführungen O.'s ist eine Stelle, die den stärksten Widerspruch hervorrufen muss. Nachdem er bemerkt hat, dass gewisse Symptome, vor allem auch Gefühlsstörungen durch Suggestion producirt werden können, folgt „dass diese Suggestion sich ausschliesslich bei kranken Personen wirksam erweist. In diesem Sinne gebrauchen wir die Bezeichnung „sugerieren.“ Darnach scheint O. zu glauben, dass gesunde Menschen Suggestionen im allgemeinen und suggerirten „Gefühlsstörungen“ im besonderen nicht zugänglich sind — was auf das entschiedenste bestritten werden muss, denn die Suggestibilität ist eine ganz allgemeine menschliche Eigenschaft. Deutlicher noch spricht er diese Ansicht in dem letzten Abschnitte aus, wo der sonderbare Satz steht: „Denn bei Gesunden gelingt es nicht, eine Anästhesie auf suggestivem Wege zu erzeugen“. Es ist doch verwunderlich, dass O. dies einfache Experiment noch nicht gesehen zu haben scheint, das ihm jeder einigermassen geübte Hypnotiseur zu jeder Stunde am Gesunden vormachen kann. Tecklenburg-Lindenhof-Coswig.

(Fortsetzung folgt.)

Referate und Besprechungen.

W. Wundt, Grundriss der Psychologie. 2. Aufl. Leipzig 1897. Verl. von W. Engelmann. 392 Seiten.

Die vorliegende 2. Auflage von Wundt's neuestem Werke zeigt im Vergleiche mit der erst im vorigen Jahre erschienenen 1. Auflage nur wenige und nicht wesentliche Abweichungen, so dass Form und Umfang der Bücher als unverändert geblieben anzusehen sind. Bei einer genaueren Durchsicht ergab sich, dass Wundt im 11. Paragraphen des II. Kapitels (S. 167 u.) den Satz — „In der Philosophie hat man hieraus meistens den Schluss gezogen, die Zeit sei die »allgemeinere Anschauungsform«, d. h. es existirten absolut keine psychischen Inhalte, denen nicht eine zeitliche Ordnung zukomme, während es sehr wohl solche Inhalte ohne räumliche Ordnung geben könne" — in der neuen Auflage gestrichen hat. Die hierdurch entstehende Verschiebung der Seitenzahl ist auf Seite 237 ausgeglichen, sodass die beiden Auflagen von S. 238 an mit Ausnahme weniger, ganz unwesentlicher Veränderungen in der Silbentrennung des letzten Wortes völlig mit einander übereinstimmen. Eine weitere Veränderung zeigt derselbe Paragraph der neuen Auflage insofern, als Wundt statt des Ausdrucks „Bewegungsempfindungen (S. 184 u. 185) die Bezeichnung „innere Tastempfindungen" gewählt und der Abschnitt 13a (S. 185) desselben eine Erweiterung erfahren hat. Im III. Kapitel ist im § 17, Abschnitt 13 (S. 305) die Verwechselung von Ueber- und Unterschätzung verbessert und im nachfolgenden Satze eine geringe Wortveränderung vorgenommen. Im Uebrigen beziehen sich die vorgenommenen Veränderungen nur auf eine unwesentliche Vertauschung von kleinen Wörtern.

Da das Buch in dieser Zeitschrift von dem Referenten bereits eine ausführliche Besprechung erfahren hat (Band 4, Seite 199 ff.), so darf an dieser Stelle wohl auf dieselbe verwiesen werden. Wir beschränken daher hier auf eine nochmalige Angabe der Stoffvertheilung. Nach einer drei Paragraphen umfassenden Einleitung (Aufgabe der Psychologie, allgemeine Richtungen der Psychologie, Methoden der Psychologie, allgemeine Uebersicht des Gegenstandes) behandelt der Verf. im I. Kapitel die psychischen Elemente (Empfindungen und einfache Gefühle), im II. die psychischen Gebilde (Vorstellungen, zusammengesetzte Gefühle, Affecte, Willensvorgänge), im III. den Zusammenhang der psychischen

Gebilde (Bewusstsein und Aufmerksamkeit, Associationen, Apperceptionsverbindungen, psychische Zustände), im IV. die psychischen Entwickelungen (psychische Eigenschaften der Thiere, psychische Entwickelung der Kinder, Entwickelung psychischer Gemeinschaften und im V. die psychische Causalität und ihre Gesetze (Begriff der Seele, psychologische Beziehungsgesetze, psychologische Entwickelungsgesetze). F. Kiesow-Turin.

Edward Bradford Titchener, An Outline of Psychology. New-York, The Macmillan Company, 66 Fifth Avenue; London, Macmillan & Co. 1897. Preis: $ 1,50.

Das Buch hat innerhalb eines Jahres zwei Auflagen erlebt. Die Abweichungen der zweiten von der ersten sind im Vorworte vom Verf. angezeigt.

Es enthält das Material, das Titchener im zweiten und dritten Jahrescursus an der „Cornell University" vorgetragen, und will in der vorliegenden Form zunächst ein Hilfsbuch für die diese Curse frequentirenden Studenten sein. Der Verfasser hofft jedoch, durch die Abfassung dieses elementaren Lehrbuches auch weiteren Zwecken gedient zu haben.

Nach einigen einleitenden Paragraphen (The Meaning and Problem of Psychology), gliedert sich Titchener's Buch in drei Haupttheile. Der Verf. beginnt mit den einfachen Bewusstseinsfunctionen, schreitet von hier weiter zu den einfachsten zusammengesetzten geistigen Processen fort und behandelt im letzten Theile die complicirtesten seelischen Vorgänge. In einigen Schlussparagraphen (The Ultimate Nature of Mind, Mind and Body) giebt der Verf. eine nochmalige Uebersicht über das Ganze des behandelten Stoffes und zeigt, wo die Psychologie der Metaphysik weichen muss.

Das Buch will in engstem Zusammenhange mit der in Deutschland ausgebildeten experimentellen Psychologie stehen, es will aber nichtsdestoweniger die traditionelle englische Psychologie zum allgemeinen Standpunkte nehmen. Als Lectüre empfiehlt der Verf. dem Studenten an erster Stelle Sully's The Human Mind. — „For collaterale reading of a lighter sort he may turn to Professor Wundt's Lectures on Human and Animal Psychologie". — An zweiter Stelle empfiehlt Titchener Külpe's Grundriss der Psychologie, Jame's Principles of Psychology und Wundt's Grundzüge der physiologischen Psychologie, die mit Wundt's Grundriss zusammen gelesen werden können. Merkwürdiger Weise werden hier Spencer's Principles of Psychol. nicht erwähnt. Ebenso tritt die Berücksichtigung der Geschichte der Wissenschaft in Titchener's Lehrbuch zurück.

Titchener's Definition der Wissenschaft lautet: „Psychology deals with none but mental processes." Die Aufgabe der Psychologen ist nach dem Verf. eine dreifache: „He seeks (1) to analyse concrete (actual) mental experience into its simplest components, (2) To discover how these elements combine, what are the laws which govern their combination, and (3) to bring them into connection with their physiological (bodily) conditions." Mit Bezug auf den dritten Punkt führt T. aus: „Every mental process is connected with a bodily process; we do not know anything of mind apart from body. Mind and body, that is, always go together in our experience. An ordinary observation will concince us that body influences mind in various ways."

Die Empfindung definirt der Verf. als „an element of mind, that is, a process

which cannot be split up into simpler processes. Einige Empfindungen haben nach ihm vier Bestimmungsstücke, jede Empfindung hat aber wenigstens deren drei. Die vier Bestimmungsstücke der Empfindung sind nach T.: Qualität, Intensität, Ausdehnung und Dauer.

Ueber die Bedeutung des Weber'schen Gesetzes sagt der Verf.: „The psychological facts embraced under Weber's law must be brought into connection with what physiology tells us of the effect produced upon nervous substance by stimuli of different intensities.“

Den Gefühlston der Empfindung bezeichnet der Verf. als „Affection“. „The conscious processes corresponding to the general bodily processes thus set up by stimuli — processes not confined to definite bodily organs — are termed affections. Es giebt aber nach T. nur zwei körperliche Vorgänge, welche diese Processe erzeugen und die er als „the building-up process (anabolism)“ und the breaking-down process (catabolism) bezeichnet. Demnach zeigt die innere Beobachtung auch nur zwei Arten der Gefühlsbetonung, die Lust und die Unlust. „The anabolis bodily processes correspend to the conscious quality of pleasantness, catabolic processes to that of unpleasantness. These are the only qualities of affection.“

Das Gefühl als solches ist bei T. „feeling“, Gemeingefühl z. B. „common feeling“. „The simplest concrete process in which affection preponderates is the feeling.“

In Bezug auf die Aufmerksamkeit führt der Verf. aus, dass zwischen der activen und passiven Aufmerksamkeit ein radikaler Unterschied nicht besteht, „There is only one attention, not two. The difference between passive and active attention are differences of 'degree' (number of ideas, amount of effort), not of 'kind'. The terms 'passiv' and 'activ' are misnomers. The passive attention, one idea takes unresisted possession of consciousness; in active attention, there is a conflict of ideas for the favours of the attention.“

Im Allgemeinen hinterlässt das Buch den Eindruck, als wolle der Verf. zwischen den sich zum Theil conträr gegenüberstehenden Richtungen der heutigen Psychologie in selbstständiger Weise eine gewisse Vermittelung versuchen. In diesem Bestreben sind die Ausführungen oft originell, obwohl die durchweg gewahrte Form des Lehrbuches ihn vielfach verhindert, auf Einzelfragen tiefer einzugehen.

Das Buch bekundet eine tiefgehende Kenntniss der in den letzten Jahren so reichlich angewachsenen psychologischen Literatur, obwohl der Character desselben, wie dies für den nächstliegenden Zweck gefordert werden musste, ein practischer ist, und dasselbe daher weitere Angaben über die specielle Literatur nicht enthält.

Ein grosses Verdienst des Verf. besteht in der Fixirung der psychologisch technischen Ausdrücke. (Vergl. The Amer. Journ. of Psychol. Vol. VII, pag. 78 ff.) Für die Ueberwindung so mancher Schwierigkeiten auf diesem Gebiete wird die Psychologie dem Verf. stets zu Dank verpflichtet bleiben.

Mit Bezug auf die in dem Buche enthaltenen positiven Angaben sei noch erwähnt, was der Verf. im Vorwort zur ersten Auflage selbst hervorhebt: „no experiment is described which I have not myself performed.“

F. Kiesow-Turin.

J. Cohn, Experimentelle Untersuchungen über das Zusammenwirken der akustisch-motorischen und des visuellen Gedächt-

nisses. Zeitschr. für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane, Bd. XV, S. 161—183.

Der Verf. knüpft an Binet's Buch über die Schachspieler und Rechenkünstler an. „Was B. an einigen Beispielen ausserordentlicher Leistungen durchgeführt hat," versucht C. in einer grossen Anzahl von Versuchsreihen „an einer jedem Menschen zugänglichen Aufgabe experimentell zu untersuchen." C. sucht ein Verfahren zu gewinnen, durch welches es ihm möglich wird, das Zusammenwirken der verschiedenen Sinnesgebiete des Gedächtnisses einer Prüfung zu unterziehen. Er fügt hinzu, dass ihm dies für die Analyse der acustisch-motorischen Bilder einerseits und der visuellen andrerseits einigermassen gelungen sei, dass ihm aber eine Trennung des acustischen Gedächtnisses vom motorischen nicht möglich geworden. Die Versuchsanordnung des Verf. bestand im Wesentlichen darin, dass er auf ein verabredetes Zeichen von seinen Versuchspersonen ein in 3 Reihen von je 4 Buchstaben angeordnetes Schema von 12 Konsonanten in verschiedener, dem Versuchsplan jeweils entsprechender Weise lesen und sodann die nach einer bestimmten Zwischenzeit aus dem Bewusstsein entschwundenen Vorstellungen (also unter Ausschluss der sogenannten Gedächtnissbilder) wiedererinnern liess. Der Verf. achtete bei der Deutung der Resultate weiter genau auf den Unterschied zwischen dem, was erinnert wird und den Mitteln des Erinnerns.

Die Versuche ergaben als Hauptresultat, wie der Verf. angiebt, die folgenden beiden Sätze, „die an sich wahrscheinlich, aber bisher noch unbewiesen waren."

„1. Ein wesentlich mit acustisch-motorischen Bildern arbeitendes Gedächtniss wird durch Störungen acustisch-motorischer Art stärker beeinträchtigt als ein hauptsächlich visuell verfahrendes.

2. Bei acustisch-motorischen Störungen tritt, wo die Anlage dies nur irgend möglich macht, das visuelle Gedächtniss helfend ein."

Der Verf. fügt diesen Hauptsätzen sodann noch Folgendes hinzu:

„Bestätigt wurde die von Müller und Schumann gemachte Beobachtung, dass bei rhythmischem Verhalten jedes Glied mit seiner Stellung im Tacte fester verbunden ist als mit der absoluten Stellung seines Tactes. Rhythmisches Behalten findet fast nur bei Mitwirken des acustisch motorischen Gedächtnisses, dort aber fast stets, statt."

F. Kiesow-Turin.

M. L. Patrizi, Il tempo di reazione semplice studiato in rapporto colla curva pletismografica cerebrale. — Rivista Sperimentale di Freniatria, vol. XXIII., Fasc. II, 1897.

Der Verf. tritt in der vorliegenden Arbeit Einwürfen entgegen, die gegen seine Methode der „graphisch-psychometrischen Darstellung der Aufmerksamkeit (Prosexigramm) — Archivio di Psichiatria, Scienze penali e Antropologia criminale XVI. Fasc. I—II; Moleschott's Untersuchung. etc. XV. — erhoben wurden und berichtet über die Resultate einiger weiterer Versuche, in denen er unter anderem auch mit dem Prosexigramm gleichzeitig die plethysmographische Curve des Gehirns aufnahm.

Das Princip der Methode Patrizi's besteht darin, dass er die Aufmerksamkeit zur Ermüdung zwingt, indem er bei höchstgradiger Spannung derselben in kurzen Zwischenzeiten von ca. 2 Secunden eine Reihe von einfachen Reactionen ausführen lässt. Das Verfahren gewinnt so eine gewisse Aehnlichkeit mit demjenigen, nach

welchem man mittelst des Ergographen die Muskelermüdungscurve darzustellen sucht. Wegen der Nothwendigkeit so kurzer Pausen zwischen den einzelnen Reactionen verwirft Patrizi die Verwendung des Hipp'schen Chronoskops, und sucht statt dessen die aus den Versuchen resultirenden Werthe aus einer graphischen Darstellung zu gewinnen. Bei dieser werden die Erregungsmomente einerseits und die von der Versuchsperson ausgeführten Reactionsbewegungen andrerseits durch zweckmässige Verwendung von Stromschlüssen in einer sich gegenseitig entsprechenden Weise auf dem berussten Papier einer Kymographiontrommel in verticaler Richtnng neben einander fixirt. Während Patrizi die aus den ersteren sich ergebende Reihe als Abscissenaxe benutzt und als Ordinatenaxe die Schwingungscurve einer Stimmgabel verwendet, kann er aus der grösseren oder geringeren Annäherung der Reactionsmomente an die Abscissenaxe den chronometrischen Werth der einzelnen Reactionszeiten auf sehr einfache Weise berechnen. Das Nähere der Versuchstechnik ist in den oben angegebenen Originalarbeiten des Verf. nachzulesen. Es sei hier nur noch hervorgehoben, dass P. bei der Ausführung seiner Versuche ein Baltzar'sches Kymographion mit Spiralbewegung der Trommel benutzte und auf diese Weise in einem Zeitraume von 10 Minuten 240 Reactionen fixiren konnte.

Indem P. Janet (Attention, Dictionnaire de Physiol. de Ch. Richet I., p. 834) die Versuche Patrizi's an einer grossen Anzahl normaler und anormaler Personen nachprüfte, gelangte er unter anderem zu dem Ergebnisse, dass die Curven, welche schnelle und sehr regelmässige Reactionen zeigen, zuweilen von Personen gewonnen werden, welche nur eine minimale Aufmerksamkeitsfähigkeit besitzen und auf den objectiven Reiz mit einer automatischen und unterbewussten (subconsciente) Bewegung antworten, dass die letztere somit nicht mehr den Charakter einer bewussten Willenshandlung an sich trage.

Gegen diese Ausführungen Janet's hebt P. zunächst hervor (ma questo, di passaggio), dass J. durch die Rückkehr zum Chronoskop (D'Arsonval) und durch die Construction von Diagrammen das Neue und Fundamentale seiner Methode beseitigt und somit auch die Vortheile, welche dieselbe für die psychiatrische Semiotik besitze, verringert habe. P. entgegnet weiter, dass er die Möglichkeit automatischer Reactionen vom ersten Versuche an in Erwägung gezogen und deswegen von Zeit zu Zeit ein Glied in der Reihenfolge der Erregungen übersprungen habe, seine Curven seien mit kurzen, aber nicht uniformen Intervallen zwischen den einzelnen Reizen gewonnen worden. P. fügt hinzu, dass er diese Vorsichtsmaassregel auch noch beobachtet habe, nachdem er gesehen, dass dieselbe überflüssig sei, für das normale Individuum habe die fixirte und kurze Pause zwischen den Erregungen auf den Verlauf der Curve keinerlei Einfluss. Er habe sich jener Methode insonderheit auf dem Gebiete physiologischer Variationen bedient, und es seien automatische Reactionen, deren Zeitwerthe weit unter dem Mittelwerthe liegen, bei Anwendung jedweder Methode von den bewussten zu unterscheiden und von diesen auszuschliessen. P. ist überzeugt, dass seine Methode für die Prüfung des psychischen Zustandes einer Person, sowie in der Individualpsychologie überhaupt und bei Anwendung der Psychologie auf die Pädagogik gute Dienste leisten werde.

Der Verf. behandelt weiter das Problem der Aufmerksamkeitsschwankungen. Bei den über diesen Gegenstand angestellten Versuchen verwirft P. die Methode,

mit sehr schwachen, eben wahrnehmbaren Reizen zu arbeiten. Auf diese Weise sei es nicht möglich, die Wirkungen der Accommodation und der musculären Ermüdung der Sinnesorgane von denen des physiologischen Zustandes des Gehirns und des psychologischen Vorganges der Aufmerksamkeit zu trennen. Patrizi lässt daher die Erregung bei einer constanten Intensität oberhalb der Schwelle bleiben und schliesst, dass wenn auch dann noch Aufmerksamkeitsschwankungen auftreten, diese mit Bestimmtheit auf einen centralen Ursprung zurückgeführt werden müssen. Ebenso könne man dann auch versuchen, die Beziehungen dieser Schwankungen zu den physischen Beziehungen der Hirnhemisphären festzustellen. —

Patrizi zeigt, dass er bei Anwendung seiner psychometrischen Methode deutlich Aufmerksamkeitsschwankungen beobachten konnte, die von äusseren störenden Einflüssen unabhängig waren: „Alcune delle curve da me gia riprodotte, attestano distintamente che auche il metodo psicometrico svela oscillazioni dell'attenzione interne, indipendenti cioè da influenze disturbatrizi esteriori.“ P. stellt die Aufmerksamkeitsperioden, welche in seiner Curve der „psychischen Ermüdung“ zum Ausdruck kommen, denen an die Seite, welche Leombard Warren erhielt — Effet de la fatique sur la contraction musculaire volontaire. Arch. ital. de Biologie, XIII p. 371 — als er die musculäre Ermüdungscurve für Contractionsbewegungen feststellte.

Der Theorie Lehmann's — Ueber die Beziehung zwischen Athmung und Aufmerksamkeit, Wundt's Philos. Stud. IX S. 66 ff., — nach welcher die Hauptursache jener Schwankungen an die Respirationsbewegungen gebundene Veränderungen des cerebralen Kreislaufs seien (man percipirt schwache Reize schwieriger während des minimalen und maximalen Blutdrucks im Gehirn), hält der Verf. entgegen, dass die Beziehungen, welche L. zwischen der Respiration und der cerebralen Circulation annimmt, nicht denen entsprechen, welche aus andern wohlbekannten Versuchen resultirten: Mosso, Sulla circolazione del sangue nel cervello dell'uomo 1880 p. 71; Binet und Sollier, Recherches sur le pouls cérébral dans ses rapports avec la respiration etc. Archiv. de Physiologie, octobre 1895.

Da sich dem Verf. als Versuchsperson ein mit einer Schädelöffnung behafteter dreizehnjähriger Knabe darbot, suchte er an diesem die Aufmerksamkeitscurve und die Curve der Volumschwankungen des Gehirns gleichzeitig zur Darstellung zu bringen. Aus der Beschreibung der sinnreichen Versuchsanordnung sei hier nur bemerkt, dass die Versuchsperson auf Schallreize zu reagiren hatte, sowie dass der Verf. wegen der ungleichen Geschwindigkeit, mit welcher sich die berusste Trommel für die Aufnahme der beiden Curven drehen musste, für die Darstellung jeder Curvenart ein besonderes Kymographion benutzte und die einzelnen Werke der Niveauhöhe des Hirnvolumens dann später in entsprechender Weise unter die Curve eintrug, welche die einzelnen Reactionsmomente anzeigte.

Aus diesen interessanten Versuchen ergab sich, dass zwischen der Aufmerksamkeitscurve und der Volumcurve des Gehirns weder ein Parallelismus, noch ein Antagonismus der Schwankungen, noch irgend welche sonstige Gesetzmässigkeit bestand, sondern dass dieselben einen durchaus autonomen Charakter besitzen.

P. hebt ferner hervor, dass bei den Versuchen in der Curve des Hirnpulses nur eine geringe Anzahl volumetrischer Schwankungen auftrat, während

dieselben bei dieser und andern Versuchspersonen im Zustande geistiger Ruhe häufiger waren.

Da die Concentration der Aufmerksamkeit nach andern Versuchen Patrizi's auf die Bewegungen der Blutgefässe einen hemmenden Einfluss ausübt und die Tendenz zeigt, das Niveau der Hirnvolumens auf einer gewissen Höhe zu erhalten, so könnte es, wie er bemerkt, scheinen, dass ein solcher Zustand der Aufmerksamkeit nicht geeignet sei, um Versuche über die Wirkungen der Kreislaufsschwankungen anzustellen. Der Verf. fügt aber hinzu, dass die während dieses Zustandes auftretenden Variationen des Volumens so schwach sie an sich auch waren, immer noch grösser waren, als die durch die Respiration erzeugten hydraulischen Schwankungen, auf welche Lehmann sein Gesetz basirt hat. „Diese Schwankungen sind besonders bei ruhigerem Athem von den plethysmographischen Darstellungen kaum ablesbar.“ (Mosso).

In einer letzten Reihe von Versuchen suchte der Verf. die Einflüsse zu bestimmen, die grössere Niveauunterschiede des Gehirnvolumens auf die Reactionsfähigkeit ausüben. Unter Anwendung der nöthigen Vorsichtsmaassregeln führte P. diese Versuche in der Weise aus, dass er die Hand auf den Signalschlüssel haltend, dem Gang der auf einen langsam rotirenden Cylinder sich darstellenden Gehirncurve folgte und die Reize (auch in diesem Falle reagirte die Versuchsperson auf Schallreize), in einer Serie bei der Senkung, in einer andern bei der Hebung derselben ertheilte. Die Versuche wurden dann noch dahin variirt, dass die Schallreize das eine Mal mit den tiefsten und ein anderes Mal mit den höchsten Punkten des Hirnvolumens zusammenfielen.

Indem wir die theoretischen Erörterungen der Verf. übergehen, erfahren wir als Hauptergebniss dieser Versuchsanordnung, dass alle grossen Schwankungen in den einfachen Reactionszeiten (ohne irgendwelche Aehnlichkeit der Richtung der gewonnenen Curven) von vielen Schwankungen im Blutvolumen begleitet waren und dass, wenn andrerseits diese Curve geringe Windungen zeigte, auch in der Aufmerksamkeitscurve die Senkungen und Erhebungen weniger betont waren.

Der Verfasser fasst seine Ergebnisse am Schlusse selbst in die folgenden beiden Sätze zusammen:

1. „Die Schwankungen der specifischen Activität der Hirnzellen und die der Circulation im Gehirn zeigen je einen besonderen Verlauf.“

2. „Die Beständigkeit der Aufmerksamkeit offenbart sich durch eine grössere Geschwindigkeit des Reagirens und durch eine grössere Regelmässigkeit der psychometrischen Curve, sowie gleichzeitig durch geringere Ungleichheiten der plethysmographischen Gehirncurve.“

Der Arbeit sind mehrere Curven und eine Tabelle beigegeben.

F. Kiesow-Turin.

Dr. James Sully, Untersuchungen über die Kindheit. Psychologische Abhandlungen für Lehrer und gebildete Eltern. Mit Erlaubniss des Verfassers aus dem Englischen übertragen und mit Anmerkungen versehen von Dr. J. Stimpfl. Leipzig. Verlag von Ernst Wunderlich 1897. 347 Seiten.

Die Kindespsychologie ist in stetem Fortschritte begriffen. In verhältnissmässig rascher Folge sind auf diesem Gebiete in den letzten Jahren neben einer Menge von Einzeluntersuchungen eine Reihe von Gesammtdarstellungen entstanden,

wozu die verschiedensten Länder, Deutschland, Amerika, England, Italien, Frankreich, ihren Beitrag geliefert haben. Neben dem rein theoretischen Interesse, das diese Seite der psychologischen Forschung der wissenschaftlichen Erkenntniss darzubieten vermag, ist es in hohem Maasse ein practisches Bedürfniss gewesen, das zur Untersuchung des kindlichen Bewusstseins und dessen Entwickelung so vielseitige Anregung gegeben. Die Pädagogik verlangt nach einer soliden Basis, auf der sie ihre Thätigkeit entfalten kann.

Aus practischen Bedürfnissen ist auch das vorliegende Werk entstanden, dessen Verfasser, durch die Herausgabe anderer umfangreicher psychologischer Werke hinreichend bekannt (The Human Mind, Outlines of Psychology), lange Zeit als Professor der Pädagogik thätig war. Wie der Titel sagt, will das Buch zunächst Lehrern und gebildeten Eltern dienen. Es umfasst, wie auch der Uebersetzer in einer Vorrede bemerkt, das sogenannte Kindergartenalter und die ersten Schuljahre. Nach einem einleitenden Kapitel (S. 1—22) behandelt der Verf. folgende Hauptabschnitte: die Altersstufe der Phantasie, das Aufdämmern der Vernunft, die Producte des kindlichen Denkens, der kleine Sprachmeister, über die Furcht, Rohstoff der Sittlichkeit, unter dem Gebot, das Kind als Künstler, der junge Zeichner. Von besonderem Interesse sind diejenigen Abschnitte, welche die Entstehung und Entwickelung der Sprache, sowie die Sittlichkeit und die Kunstthätigkeit dieses Alters behandeln. Lange Zeit, bevor das Kind zu sprechen vermag, bringt es Laute, besser „Schreie“ hervor. „Solche Schreie sind ausdrucksvoll, d. h. Aeusserungen der wechselnden Bedingungen des Gefühls, des Schmerzes und der Lust; sie sind auch instinctiv, da sie aus angebornen nervösen Einrichtungen entspringen, durch welche das Gefühl auf die muskulösen Organe Einfluss hat. Dieses Schreien scheidet sich allmählich in eine grosse Mannigfaltigkeit von Ausdrücken für den Hunger, die Kälte, den Schmerz, die Freude u. s. w.“ In dem kindlichen „Lallen“, das nach dem Verf. ebenso wie die begleitenden Bewegungen durch Veränderungen im Nervensystem bedingt und bereits mit Elementen der Absicht verflochten ist, glaubt der Verf. „mehr ein Rudiment des Gesanges und der Musik, als der artikulirten Sprache“ sehen zu müssen. „Die rohe Vokalmusik der Wilden besteht aus einem ähnlichen rhythmischen Aneinanderreihen bedeutungsloser Laute, in welchem sich, wie in diesem kindlichen Gesang, die Aenderungen des Gefühles wiederspiegeln.“ In dem Ausdruck der Gefühlszustände, wie in der Nachahmung findet der Verf. die Quellen des Ursprungs der menschlichen Sprache wieder etc. — In dem Kapitel über die Sittlichkeit der Kinder führt der Verf. aus, dass das Kind bis lange Zeit nach der Geburt ein Repräsentant „der wilden ungezähmten Natur“ sei. Doch ist es mehr als dies. „Beim ersten Zusammen seines Willens mit dem eines andern lernt es mehr als die sinnliche Raserei des Thieres kennen. Das Kind leidet bewusst; es verwirklicht sich selbst in seinem Widerstreit gegen die Aussenwelt.“ Im Ganzen kann man sagen, dass der Verf. zwischen den beiden Anschauungen, die das Kind anfangs entweder als völlig gut (Rousseau) oder als ganz auf der Stufe des Thiers stehend betrachten, einen Mittelweg einzuschlagen sucht. „Die Kinder pflegen zweifellos leidenschaftlich wild in ihrem Aerger und sehr untreu in Rücksicht auf andere zu sein; doch ist die Erwägung trostreich, dass ihre Wildheit nicht ganz jene der Thiere ist, und dass ihre Selbstsucht und ihre Grausamkeit von einem absichtlichen und berechnenden Egoismus weit entfernt sind etc.“ In den Abschnitten über die Entwickelung des Kunstsinns der Kinder und dessen

Aeusserungen hebt der Verf. die Schwierigkeiten hervor, die für den Forscher aus dem Zusammenwirken von fremdem Einfluss und eigener kindlicher Schaffenslust entspringen. Trotzdem konnte festgestellt werden, dass diese Aeusserungen des kindlichen Kunsttriebes einen mehrstufigen Entwickelungsprocess durchlaufen. Der Verf. unterscheidet hier 3 Stufen: 1. „die Stufe des unbestimmten formlosen Gekritzels", 2. „die Stufe des primitiven Entwurfes" (Mondschema des menschlichen Gesichtes), 3. „die Stufe der erkünstelteren Behandlungen sowohl der menschlichen Figur als auch der Thiergestalten." Nach dem Verf. sind die Zeichnungen, welche die Kinder von menschlichen Figuren entwerfen, denen uncivilisirter Völker sehr ähnlich, in Thierzeichnungen jedoch werden sie von den ununterrichteten Wilden weit übertroffen (Nordamerikanische Indianer, Afrikaner). Dieser Theil des vorliegenden Buches ist ausserdem durch eine grosse Anzahl von wiedergegebenen Kinderzeichnungen reich illustrirt.

Den Schluss des Buches bildet eine werthvolle Zusammenstellung der bisher auf dem Gebiete der Kinderpsychologie erschienenen allgemeinen und speciellen Werke.

Für eine etwaige neue Auflage des Sully'schen Werkes wäre zu wünschen, dass die grosse Fülle des Materials, das der Verf. theils selbst gesammelt, theils andern Werken entnommen hat in einer leichter übersehbaren Weise zusammengestellt würde. Namentlich vermisst man, nachdem man die einzelnen Kapitel gelesen, eine gedrängte Zusammenfassung der Hauptpunkte. Der Werth des Buches würde hiedurch gewiss erhöht werden.

Ebenso dürfte die Uebersetzung nicht an Werth verlieren, wenn dieselbe hie und da eine freiere Behandlung erführe. F. Kiesow-Turin.

Danilewsky, Recherches sur l'excitation des nerfs par les rayons électriques. 2 Mittheilungen. Archives de physiologie. Juillet 1897.

Im Jahre 1888 sprach sich L. Hermann auf Grund von Experimenten Du Bois-Reymonds, Schiffs- und eigenen, dahin aus, dass man eine Einwirkung des electrischen Stroms auf lebende Wesen auf Distanz nicht annehmen könne. Inzwischen haben Magini, d'Arsonval und Dauly und Rouxeau Beobachtungen veröffentlicht, die positive Resultate zum wenigsten hoffen liessen. Der Beweis, dass der Nerv durch electrische Wellen auf dem Wege der Induction ohne besondere Leiter erregt werden kann, ist inzwischen von Danilewsky erbracht.

Als Erreger der Electricität dienten Inductionsapparate mit meist 6—8 Unterbrechungen in der Secunde. In der ersten Mittheilung schildert Verf. diesbezügliche Experimente mit dem Froschpräparat unter Würdigung der einzelnen erforderlichen Bedingungen. In der zweiten Mittheilung setzt er diese Schilderung fort, um noch eine vorläufige Notiz über den erregenden Einfluss electrischer Wellen auf den gesammten Thierkörper und auf die sensiblen Nerven der eigenen Hand hinzuzufügen. Unter den zum Gelingen nöthigen Bedingungen sei als ein allgemeineres Interesse beanspruchend diejenige erwähnt, dass die Zahl der Wellen in der Zeiteinheit eine beschränkte sein muss. Bei einer zu hohen Frequenz bleiben die nervösen Moleküle in ihrer Trägheit. Verf. sucht in dieser Thatsache eine Bestätigung der 1859 von Chauvau bereits ausgesprochenen und 1891 von d'Arsonval experimentell bestätigten Anschauung, dass die Electricität nur als „mechanisches

Excitans“ wirkt. Zum Schluss berührt Verf. noch kurz die wiederholt von Beobachtern behauptete Thatsache der Ableitung der Magnetnadel unter dem Einfluss des menschlichen Körpers. Verf. hat gefunden, dass eine in der Luft an einem Faden suspendirte leichte Nadel aus irgendeinem Stoffe hergestellt und durch einen Inductionsapparat electrisch geladen durch eine sich nähernde Hand abgelenkt wird. Eine magnetische Nadel verhält sich unter denselben Bedingungen gleich. Umgekehrt übt ein electrisch geladener Mensch auf eine Magnetnadel den gleichen Einfluss aus. Unter gewissen atmosphärischen Bedingungen genügt zu dieser Ladung unseres Körpers ein Reiben der Haut an der Kleidung. Bei den diesbezüglichen Abweichungen der Magnetnadel kommt ihr Magnetismus garnicht in Betracht. Auf die letztere Beobachtung sei deswegen an dieser Stelle besonders hingewisen, weil auf jene angebliche Beeinflussung der Magnetnadel ein „Hypnoscop“ construirt war.

Die Experimente Danilewskys, die Verf. in diesen Tagen im Collège de France unter andern auch dem Ref. zu demonstriren die Liebenswürdigkeit hatte, bedeuten sicherlich einen epochemachenden Fortschritt in der lange Zeit sehr sterilen Electrophysiologie. Verf. hebt wohl mit vollem Recht hervor, dass die mitgetheilten Befunde für die Physiologie, wie für die Medicin, für die Hygiene, wie die allgemeine Biologie von grosser Bedeutung zu werden versprechen. Hierüber hat Verf. selbst in dieser Ztschr. zu berichten versprochen. O. Vogt.

E. Toulouse, Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie. I. Introduction générale. Émile Zola. Paris. Société d'éditions scientifiques. 1896. 285 S.

Verf. will durch eine möglichst eingehende Beobachtung einer Reihe hervorragend veranlagter Individuen eine empirische Grundlage für die Psychologie des Genies liefern. Er will einmal die Beziehungen der geistigen Superiorität zur Neuropathie klären und dann die anatomischen und physiologischen Stigmata der ersteren feststellen. In diesem ersten Band bringt Verf. — dem Titel entsprechend — eine Einleitung und dann seine Beobachtungen über den Verfasser der Rougon-Macquart.

In der Einleitung bespricht Verf. zunächst die Ansichten von Aristoteles, Didérot, Lélut, Réveillé-Parise, Moreau und Lombroso. Indem Verf. Lombroso's Auffassung des Genies als einer Form von Epilepsie bekämpft, schliesst er sich im Wesentlichen der Moreau'schen Ansicht an, dass geistige Superiorität oft mit Neuropathie vergesellschaftet sei. Verf. schildert dann die Mängel eines auf biographischen Mittheilungen basirten Materials. Nur eingehende directe Beobachtungen in Betracht kommender Personen können ein brauchbares Material liefern. Dabei haben Individuen, die in der Kunst, Litteratur oder Wissenschaft Exceptionelles geschaffen haben, als Vertreter der zu studierenden geistigen Superiosität zu gelten. Bezüglich der fast immer nachzuweisenden Neuropathie ist festzustellen, ob sie eine dieser gemeinsamen Ursache entsprungene Association der Superiorität (Moreau) darstellt, ob sie durch Ueberarbeitung geschaffen, resp. verstärkt (Réveillé-Parise) ist, ob sie die Ursache der Superiorität bildet oder zu dieser in keiner Beziehung steht. Um weiterhin die Ursachen und Stigmata des Genies zu erkennen. ist von der zu untersuchenden Persönlichkeit ein Status aufzunehmen, wie ihn der Psychopathologe zu erheben pflegt. Jede richtig be-

obachtete Thatsache, die uns heute ganz werthlos erscheint, kann künftig einmal grosse Bedeutung gewinnen.

Im 2. Theil seines Werkes bringt Verf., dann seine an interessanten Einzelheiten reiche Studie über Zola. Verf. kommt zu dem Schluss, dass Z. Neuropath ist, ohne epileptische oder hysterische Phänomene und ohne Störungen in seinen höheren geistigen Leistungen. Z. bleibt gut equilibrirt. Die Neuropathie ist wohl theilweise hereditär, theilweise durch Ueberarbeitung erworben. Das, was Z. vor andern Individuen auszeichnet, ist nicht nur ein Uebermaass einzelner Fähigkeiten, sondern eine harmonische Entwickelung und ein gemeinsames Arbeiten derselben. Die Fähigkeiten selber sind: Feinheit und Exactheit in der Auffassung, Concentrationsfähigkeit, Anpassungsvermögen, Klarheit und Sicherheit des Urtheils, Ordnung in der Arbeit, Ausdauer und vor Allem ein practischer Sinn (utilitarisme psychologique poussé à l'extrême). O. Vogt.

Lotz, Ueber die Wichtigkeit der centripetalen Erregungen für den menschlichen Körper. Zeitschrift für Klin. Medicin. 30. Bd. H. 1 u. 2.

Die Bedeutung der sensiblen Nerven geht schon daraus hervor, dass sie beim Neugeborenen schon Mark haben, während die motorischen Fasern noch marklos sind. Bei Leitungsunterbrechungen der sensiblen Wurzeln gehen motorische Vorderhornzellen zu Grunde. Die Erregungen durch centripetale Reize sind also nicht nur zur Erhaltung der Function, sondern sogar der Integrität der Zellen nothwendig. Verf. weist dann auf den Einfluss hin, den sensible Nerven durch ihre Verbindung mit dem Sympathicus auf das Gefässsystem und den Verdauungstractus haben, ferner auf die Nothwendigkeit centripetaler Erregungen für die Erhaltung der Sinnesfunctionen.

L. fasst seine Ansicht etwa in den Worten zusammen: Das sensible System „bildet also eine Einnahmequelle in unserem Körperhaushalt und soll das ersetzen, was in Form von motorischen Impulsen und geistiger Arbeit beständig ausgegeben wird."

Einen Theil der Schuld an der Schwäche und Kränklichkeit des heutigen Culturmenschen trägt nach Verf. die sorgfältige Fernhaltung centripetaler Erregungen durch verweichlichende Kleidung etc. Die Schädigungen des Organismus, die in einer Reihe von Generationen durch Verminderung sensibler Reize eingetreten ist, zeigen sich in verschiedenen Erkrankungen. So spielen sie z. B. eine Rolle bei der Entstehung der Arteriosclerose, der sog. Erkältungen, cariöser Zähne, Kahlköpfigkeit, habitueller Verstopfung — und von den Nervenkrankheiten der Neurasthenie, Hysterie, Tabes und Paralyse. Verf. macht den Versuch die Symptone der erwähnten Nervenerkrankungen durch seine Theorie zu erklären. Nach der Ansicht des Ref. ist es Verf. nur gelungen zu zeigen, dass sich diese Symptome eben auch durch seine Theorie erklären lassen, der überzeugende Beweis wäre wohl nur durch Krankengeschichten zu erbringen, aus denen zur Evidenz hervorginge, dass der Mangel an centripetalen Reizen thatsächlich eine ausschlaggebende ätiologische Rolle gespielt hat — was aber wohl sehr schwer halten dürfte.

Mit der Auffassung des Verf., dass die Erscheinungen der Neurasthenie nur als Reizsymptome anzusehen seien, werden wohl nicht viele einverstanden sein.

Schliesslich schlägt Verf. als therapeutische Maassnahmen folgerichtig die Anwendung centripetaler Reize vor, von denen er Frottiren mit Loofahsschwamm

und Barfussgehen auf grobem Kies als die zweckmässigsten erfunden hat. Ueber den Werth dieser Therapie lässt sich auch nur an der Hand von Krankengeschichten urtheilen. Tecklenburg-Lindenhof-Coswig.

Dittrich, Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. Wien und Leipzig. W. Braumüller. 1897. 270 S. 6 M.

Es sei kurz das vorliegende klar geschriebene Lehrbuch des Prager Universitätslehrers hiermit zur Kenntnissnahme unsern Lesern empfohlen. Es behandelt die „zweifelhaften Geisteszustände“ nur sehr kurz (17 S.) und beschäftigt sich im Uebrigen mit Fragen, die unserer Zeitschrift ferne liegen und auf die wir daher nicht weiter eingehen können. O. Vogt.

Ein Fall von temporärer, totaler, theilweise retrograder Amnesie (durch Suggestion geheilt).

Von

M. Naef,

Volontärarzt an der Heilanstalt Burghölzli.

Vor einiger Zeit gelangte in der Heilanstalt Burghölzli ein Fall von Amnesie zur Beobachtung, der des Interessanten so viel bietet, dass seine ausführlichere Publication gerechtfertigt erscheint.

Die Krankengeschichte, insoweit sie zur Veröffentlichung geeignet ist, ohne persönlichen Interessen allzu nahe zu treten, ergiebt Folgendes:

Herr N. 32 Jahre alt, stammt aus einer hochgebildeten Familie, in der sich eine ganz erhebliche erbliche Belastung von väterlicher Seite findet, die sich sowohl in dem Auftreten von abnormen Characteren wie Jähzorn, hochgradigem Misstrauen u. dgl. bei einzelnen Gliedern der Ascendenz, als auch in dem Vorhandensein von Trunksucht und eigentlichen Psychosen (religiöser Wahnsinn) äussert. Dagegen erscheint die Ascendenz mütterlicherseits in psychischer Beziehung normal, abgesehen von einem Fall von Psychose, die erst im höhern Alter und im Anschluss an einen Sturz ausbrach. Zwei Brüder des Patienten litten in ihrer Jugend zeitweise an neurasthenischen Beschwerden, der eine auch an beträchtlicher Gedächtnissschwäche.

Patient selber war in seiner Jugend von schwacher Constitution und hatte mit allerlei nervösen Beschwerden, besonders mit hartnäckigen Kopfschmerzen zu kämpfen, die von der bestehenden Anämie hergeleitet wurden. Jahre lang litt er an heftigen Congestionen zum Kopf, die sich regelmässig nach dem Abendessen einstellten. Dabei seien namentlich Augen und Ohren roth geworden und an den Ohren sei es nach den bestimmten Aussagen der Mutter ab und zu zum Austritt einzelner Blutstropfen gekommen. Es sei gleich hier schon bemerkt, dass auch jetzt noch die Ohren durch ihre Röthung auffallen und zahlreiche geschlängelte und erweiterte Gefässe aufweisen, während am übrigen Körper sich keine Anzeichen einer bestehenden Gefässentartung finden.

In seinem siebzehnten Lebensjahre hatte Patient durch einen Wechsel der Schule sehr viel zu arbeiten und blieb oft bis tief in die Nacht hinein auf. Am Morgen einer solchen bis zwei Uhr durchwachten Nacht kam er ganz gegen seine

Gewohnheit ohne Bücher nach Hause, fing an zu weinen, meinte die Polizei wolle ihn holen, er habe eine grosse Geldsumme gestohlen und werde nun nichts als Schande über seine Familie bringen. Im Anschluss daran verweigerte er zwei Tage lang die Nahrung und wollte niemanden bei sich sehen. Nach wenigen Tagen war der Sturm vorüber, der Zustand besserte sich rasch und Ruhe und Klimawechsel stellten den Patienten vollständig wieder her. Im Grossen und Ganzen vermag sich der Patient an diese Episode zu erinnern; von den Selbstanschuldigungen dagegen will er niemals etwas gewusst haben.

Später absolvirte Patient seinen Militärdienst und befand sich dabei ganz wohl, abgesehen von einer gemüthlichen Depression, die hie und da sich fühlbar machte. Mit 27 Jahren zog er sich in Amerika durch Unvorsichtigkeit eine schwere Schussverletzung zu (penetrirende Thoraxwunde), an deren Folgen und Complicationen er monatelang darniederlag. Von diesem Ereignisse ab hatte unser Patient einen wahren Horror vor Schusswaffen; so machte es denn nach seiner Rückkehr nach Europa auf ihn einen tiefen Eindruck, als anlässlich eines Besuches bei einem befreundeten Arzte dieser plötzlich durch die Meldung abberufen wurde, es habe sich in der Nähe Jemand erschossen. Noch am selben Abend bekam Patient, wie er im Caféhaus sass und ohne zuvor Alcohol genossen zu haben, einen Schwindelanfall, sodass er schwankend hinausgeführt und heimgefahren werden musste. Zu Hause im Bett folgte ein zweiter weit heftigerer Schwindelanfall, wobei Patient das Gefühl hatte, er gehe auseinander, starkes Herzklopfen bekam und schwer athmete. Der Anfall endete mit Brechen; das Bewusstsein war nie erloschen. Der Schwindel hielt noch den ganzen nächsten Tag über an; dann trat Besserung ein.

Patient liess sich nun in eine Nervenheilanstalt aufnehmen, wo er im Verlauf von drei Monaten nur ein einziges Mal einen ähnlichen, aber leichteren Schwindelanfall erlitt. Ausserdem bestanden damals von subjectiven Beschwerden noch leichter Brechreiz Morgens, Appetitlosigkeit und oft sehr unruhiger Schlaf; objectiv wurde daneben constatirt eine beträchtliche Anämie, häufiges Lidzittern, Cyanose und auffällige Kälte der Hände und eine ausserordentlich leicht erregbare Herzaction. Unter hydrotherapeutischer und allgemein roborirender Behandlung liessen die subjectiven Beschwerden allmählig nach und der Patient wurde als bedeutend gebessert entlassen.

Dennoch machten sich schon bald nachher wieder allerlei Beschwerden geltend und es litt unser Patient auch in der Folge häufig an Kopfschmerzen, grosser Lichtempfindlichkeit, an dem Gefühl allgemeiner Abspannung nach den Mahlzeiten und an Congestionen nach dem Kopf bei gleichzeitiger Kälte der Extremitäten.

Dies alles verhinderte Herrn N. nicht, in den nächsten Jahren den Anforderungen gerecht zu werden, die er in verschiedenen Lebensstellungen zu erfüllen hatte und weder ihm selber noch seiner Umgebung ist in dieser Zeit eine Abnormität seiner Psyche aufgefallen. In seinen eigenen Aufzeichnungen, zu denen er von uns veranlasst wurde, giebt er eine detaillirte Beschreibung dieses Lebensabschnittes und er vermag genau die Orte anzugeben, an denen er sich aufgehalten und was seine Thätigkeit an jedem derselben war. Der Patient weiss noch genau, dass er sich im Herbst 189* zu A. aufhielt behufs Completirung seiner vorzeitig abgebrochenen Studien. Dann aber beginnt ein Erinnerungsdefect einzusetzen. Patient vermag sich noch an den Beginn des Winters zu erinnern etwa bis zum Monat November; allein schon diese Zeit erscheint ihm viel nebelhafter und verschwommener als

andere weiter zurückliegende Zeitabschnitte. Dann aber beginnt für den Patienten ein völliges Dunkel, dessen Eintritt er nicht von einem bestimmten Tage an zu datiren vermag; sein Gedächtniss für den folgenden Zeitabschnitt ist eine vollständige Tabula rasa. Wo er sich den Winter über aufgehalten und was er dabei getrieben, davon hat er nicht die leiseste Ahnung und doch sind, wie wir bald sehen werden, seine Erlebnisse in dieser Zeit derart, dass sie unter normalen Verhältnissen wohl dazu angethan waren, für sein ganzes Leben im Gedächtniss aufbewahrt zu bleiben.

Der Wiederbeginn der Erinnerung fällt nach des Patienten eigenen Aufzeichnungen und Aussagen etwa auf Anfang Juni des folgenden Jahres und zwar vollzieht sich das Wiedereinsetzen des Gedächtnisses mindestens ebenso allmählich und verschwommen wie das Aussetzen. Zu der Zeit, an die er sich zuerst wieder zu erinnern vermag, befindet er sich an Bord eines englischea Dampfers am Ende einer längeren Seefahrt, die ihn seinem Reiseziel, Europa zuführen soll. Am lehrreichsten ist es wohl, an dieser Stelle seine eigenen sehr interessanten Aufzeichnungen über diese Zeit folgen zu lassen. Er schreibt: Der Wiederbeginn einer allerdings nach meiner Vorstellung sehr unklaren Erinnerung dessen, wo ich war und was ich that, führt mich an Bord eines englischen Dampfers, dessen Namen ich nicht angeben kann. Ich erinnere mich unklar, sehr lange an Bord eines Schiffes gewesen zu sein, was ja auch mit der Entfernung von der australischen Stadt Z. nach Neapel, in welch letzterem Hafen ich, wie ich bestimmt angeben kann, das Schiff verlassen habe, stimmt. Ich glaube mit Niemand an Bord näheren Verkehr gepflegt zu haben; das Essen und die Bildungsstufe meiner damaligen Mitpassagiere waren offenbar minderer Güte, also würde ich damals zweiter Klasse gereist sein. Ich meine bestimmt zu wissen, in jener Zeit nie Deutsch angesprochen worden zu sein. Ganz nothdürftige Kenntnisse habe ich von der englischen Sprache. Ich war jedenfalls zu jener Zeit der Rückreise nach Europa auch nicht annähernd gesund, ich erinnere mich, wiederholt von Muskelkrämpfen im Hinterhaupt und Genick mit gleichzeitigen unwillkürlichen Muskelzuckungen des Gesichts besonders des Unterkiefers befallen gewesen zu sein. Wenn dieselben unüberwindlich stark auftraten, isolirte ich mich von meiner Umgebung möglichst, jedenfalls um diesen krankhaften Zustand zu verbergen. In der Kabine war ich damals mit einem alten Irländer zusammen, den ich fast nie verstand, wenn er zu mir sprach. Es war sehr heiss nach meiner Erinnerung während meines Aufenthaltes am Bord. Ich las sehr viel zu jener Zeit, wie ich zu wissen glaube, jedoch nur englische brochirte Hefte, vermag auch von einigen derselben den Titel anzugeben. Es waren darunter Schriften wie John Halifax — Gentleman, dann von Dickens — The Pickwickian Papers, Hard Times etc. Ob ich diese Bücher selbst mit an Bord brachte oder dort bekam, vermag ich nicht anzugeben. Ich vermag mich keines andern angelaufenen Hafens als Neapel mit völliger Sicherheit zu erinnern, von Pord Said glaube ich jetzt auch noch eine undeutliche Vorstellung zu haben, aber erst seitdem ich auf der Karte die Route Z. — Neapel nachsah. In Neapel glaube ich nur ganz kurz gewesen zu sein, vielleicht nur einen Tag, wenigstens vermag ich nicht, mich des Uebernachtens in einem Hotel zu erinnern, wohl aber, dass ich in einer Schiffsagentur in der Nähe des Hafens mit Hilfe eines Fremdenführers, der aber sicherlich nicht Deutsch sprach, ein Schiffsbillet nach Genua löste. An das Datum meines Aufenthaltes in Neapel erinnere ich mich nicht — — —"

Von da an wird die Erinnerung immer klarer und zusammenhängender. Herr N. beschreibt nun seine Reise von Neapel nach Genua und erwähnt hier als besonders auffällig, dass er mit seinem Gepäck viel Mühe hatte, weil er nie wusste, wie viel Stück er eigentlich mit sich führte und weil er wider seine sonstige Gewohnheit unordentlich gepackt hatte, so dass er nach einem Gegenstand oft lange zu suchen hatte. Es folgt dann ein Aufenthalt in Mailand, die Fahrt durch den Gotthard und die Ankunft in Zürich.

Hier verlebte Herr N. einige Wochen, sorglos in guter Stimmung, kleineren Vergnügungen nachgehend, ohne jeden mündlichen oder brieflichen Verkehr, ohne einen Gedanken an die Bedeutung und den Zweck seines Aufenthaltes und ohne recht zu wissen, woher er eigentlich gekommen. Er führte ein sehr solides, regelmässiges Leben, verkehrte mit niemandem und bewegte sich auf seinen Spaziergängen täglich durch dieselben Strassen. Seine Logisgeber schildern ihn als einen ruhigen, ordentlichen Menschen, an dem sie ausser einem sehr zurückhaltenden Benehmen nichts Auffälliges wahrnehmen konnten. Nie kann ihm der Gedanke, seinen nächsten Angehörigen, mit welchen er sonst in intimster Familienliebe lebte, irgend ein Lebenszeichen von sich zu geben.

So lebte er sorglos dahin, losgelöst von allen in seinem früheren Leben angeknüpften Beziehungen, in der offenbaren mehr oder weniger traumhaften Vorstellung, einen Erholungsaufenthalt zu machen, bis er durch einen eigenthümlichen Zufall sich selbst wieder zurückgegeben wurde. Im Caféhaus kam ihm eines Tages eine Zeitungsnotiz in die Hände, die seine Aufmerksamkeit im höchsten Grade fesseln musste. Diese Notiz lautete dahin, dass ein Herr N., (der Name war voll ausgeschrieben), der vor wenigen Monaten in amtlicher Mission nach Australien gereist sei und dort sich aufgehalten hätte, seit kurzer Zeit spurlos verschwunden sei; und es wurde dann der Vermuthung Raum gegeben, dass Herr N. entweder das Opfer eines Verbrechens geworden oder dann plötzlich von einer Krankheit befallen worden sei, am ehesten vermuthlich von dem sogenannten Dengue-Fieber. das damals gerade in jener Gegend grassirte, wo Herr N. verschwunden war.

Kurz darauf erschien in demselben Blatte eine weitere Notiz, wonach Herr N. nach seinem vermeintlichen Verschwinden aus dem Innern von Australien an einem Hafenorte gesehen worden sei; er habe sich höchst wahrscheinlich auf einem Dampfer nach Europa eingeschifft, ohne irgend Jemand von seinem plötzlichen Entschluss in Kenntniss gesetzt zu haben. Als Grund für dieses Verhalten, hiess es in dem Artikel weiter, könne angesehen werden, dass Herr N. offenbar die Annahme des Postens bereut und vielleicht durch eine durchgemachte Krankheit geschwächt und deprimirt, es für das Beste gehalten habe, sich durch heimliche Abreise aus der ganzen Angelegenheit zu ziehen.

Das Lesen des ersten dieser beiden Zeitungsartikel übte nun eine gewaltige Einwirkung auf unsern Patienten aus, denn urplötzlich wurde ihm klar, dass von keinem Anderen, als von ihm selber die Rede in diesen Zeilen sein könne. So unglaublich und unverständlich ihm auch der Zusammenhang erschien, so konnte und musste sich doch die ganze Sache auf ihn beziehen. Bestärkt in dieser Ueberzeugung bis zur vollen Sicherheit wurde er noch durch einen auf seinen Namen lautenden Reisepass, den er unvermuthet in einer Tasche entdeckte. Lassen wir über diesen so sehr wichtigen Moment, der plötzlich so tief in das bisherige Leben des Herrn N. einschnitt, seine eigenen Aufzeichnungen folgen. Er schreibt: „Wenn

ich jetzt versuche, mich des Eindrucks zu erinnern, den die Erwähnung meines Namens in diesem Zusammenhang auf mich machte, so glaube ich, damals die ganze Sache für gänzlich unmöglich gehalten zu haben; ich kaufte übrigens sofort die betr. Zeitungsnummer und las die unangenehme Notiz von da ab immer und immer wieder. Beim Erwachen am nächsten Morgen wusste ich übrigens von der ganzen Geschichte wieder nichts mehr; da aber die betr. Zeitung vor mir auf dem Tisch lag, fiel mir das Ereigniss rasch wieder ein. Von der Entdeckung der ersten Zeitungsnotiz ab bemühte ich mich, alle deutschen Zeitungen zu lesen zu bekommen, um entweder eine Widerlegung oder eine Bestätigung der Richtigkeit jener Notiz zu erhalten. Geglaubt habe ich, bis ich eine zweite mich betreffende Notiz am folgenden Dienstag las, an die Richtigkeit der ersten nicht. Jedoch datirt es vom Sonntag, dass ich anfing, an mir selbst und meinem normalen Zustande zu zweifeln und mich ernstlich bemühte, über meine Verhältnisse nachzudenken und auch anfing, mich darüber zu wundern, warum ich in Zürich beschäftigungslos mich aufhalte und wie ich hierher kam — — —".

Aus dem Wirrwar von Vermuthungen und Plänen, der im Anschluss an diese Vorkommnisse im Kopfe unseres Patienten herrschte, erwuchs schliesslich der für ihn heilsamste Entschluss, seine eigenthümlichen Schicksale und seinen abnormen Zustand, einem Arzte anzuvertrauen und so wandte er sich denn an meinen Chef, Herrn Professor Dr. Forel, der ihm anrieth, sich sogleich zur genauen Beobachtung und Beurteilung seines Geisteszustandes für einige Zeit in unsere Anstalt aufnehmen zu lassen. Er wandte sich an Prof. Forel, weil er früher einmal einen Vortrag von ihm gehört hatte und aus der Erinnerung daran die Idee schöpfte, da Hülfe zu finden. Der Eindruck, den Herr N. auf Prof. Forel bei seiner Ankunft machte, war der eines gemüthlich tief bewegten Psychopathen. Der Blick war zerstreut; die Lider zuckten oft eigenthümlich. Herr N. bat um eine Unterredung unter vier Augen und wies dabei die bezügliche Zeitung sowie seinen Pass vor mit den Worten: „Das muss *ich* sein — es kann nicht anders sein — aber ich weiss nichts davon —" u. s. f. Dann fuhr er weiter: „Man wird und kann mir nicht glauben. Ich bin in einer verzweifelten Lage; man muss mich für einen Schwindler halten."

Schon am ersten Tage wurde von Prof. Forel die Diagnose auf *totale temporäre Amnesie mit Dämmerzustand*, wahrscheinlich in Folge des in der Zeitung erwähnten Dengue - Fieberanfalles und mit einer *retrograden Amnesieperiode* ohne Dämmerzustand gestellt. Dementsprechend wurde auch an den zuständigen Stellen der Fall angemeldet. Immerhin musste eine nähere Beobachtung diese Diagnose bestätigen oder berichtigen.

Die erste Aufgabe bestand nun darin, die auf den ersten Blick auch einem erfahrenen Psychiater wunderhar erscheinenden Angaben des Patienten auf ihre Thatsächlichkeit zu prüfen und zu versuchen, die etwa acht Monate umfassende Lücke in seiner Erinnerung durch die objectiven Angaben dritter Personen auszufüllen. Durch Erkundigungen bei den verschiedensten Persönlichkeiten und Amtsstellen konnte nach und nach Folgendes festgestellt werden:

Herr N. hat in der That im Herbst 189* in A. seinen zuvor aus verschiedenen Gründen längere Zeit unterbrochenen Studien obgelegen; er hat sich dann um einen

Posten bei einer hohen Amtsstelle in Australien beworben und denselben auch wirklich erhalten. Nachdem er alle nöthigen Vorbereitungen getroffen hatte, siedelte er dann zu Beginn des folgenden Jahres nach Australien über, trat dort seine neue Stellung an und verblieb so mehrere Wochen in der Hafenstadt Z. Aus dieser ganzen Zeit ist keine Thatsache bekannt geworden, die irgend einen Zweifel daran aufkommen liesse, dass der Geisteszustand unseres Patienten damals nicht ein völlig normaler gewesen wäre. Auch Personen, die in Australien um diese Zeit fast täglich mit ihm verkehrten, wissen keinerlei Angaben zu machen, die dieser Vermuthung irgend welchen Halt geben würden. Ebensowenig findet sich in der Correspondenz des Herrn N. mit seinen Angehörigen irgend ein auffälliger Punkt, vielmehr schrieb Patient während der Ueberfahrt nach Australien und in der ersten Zeit seines dortigen Aufenthaltes ziemlich regelmässig jede Woche einen Brief nach Hause, der weder nach Form noch Inhalt etwas Auffälliges darbietet. Wir haben diese Correspondenz selbst durchgelesen; sie ist herzlich, anhänglich und sehr nett in allen Beziehungen gehalten. Mit dem 6. Mai bricht diese Correspondenz plötzlich ab und es blieben von da ab jegliche Nachrichten über das Verbleiben des Herrn N. aus. Im letzten Brief aus Z. äussert er noch, dass er in den nächsten Tagen eine Dienstreise ins Innere antreten werde, und in der That ist Herr N. auch nach den eingegangenen Berichten am Abend des 6. Mai in völligem Wohlbefinden dorthin abgereist, nachdem er noch in völlig richtiger Weise seine Dispositionen z. B. in Betreff der Geldmittel gegeben hatte.

Wie wir aus sicherer Quelle erfuhren, klagte er schon bald nach seiner Ankunft in der Stadt O. im Innern Australiens über Unwohlsein, suchte dann die Hülfe zweier Aerzte auf und musste dann auf deren Anrathen einige Tage das Zimmer hüten. Die Aerzte constatirten einen leichten Fieberanfall, Schlaflosigkeit und eine grosse Niedergeschlagenheit infolge von Ueberanstrengung des Gehirns. In Folge dessen fasste Herr N. den Entschluss, schon am 16. desselben Monats wieder an die Küste zurückzukehren und äusserte damit im Zusammenhang die Absicht, durch ein Telegramm nach Z. die weitere Nachsendung von Briefen dorther abzustellen. Die Absendung eines solchen Telegrammes unterblieb jedoch, ebensowenig machte Herr N. nach seiner Ankunft an der Küste davon Mittheilung nach O., wie er vor der Abreise von dort ebenfalls versprochen hatte. Mit dem Moment der Abreise des Herrn N. vom Bahnhof in O. nach der Küste verlieren sich seine Spuren fast völlig bis zu seinem Wiederauftauchen in Zürich und nur eine geringe Anzahl von Thatsachen aus der dazwischenliegenden Zeit sind zu unserer Kenntniss gekommen. Dahin gehört, dass der Patient auf dem Bahnhof der australischen Hafenstadt und Station L. von einer Dame gesehen und erkannt wurde, mit der er während der Hinreise, resp. während des Aufenthalts des Dampfers in jenem Hafen etwa zwei Monate früher wiederholt gesprochen hatte. Die Dame wollte ihn begrüssen, er aber wandte sich von ihr ab und ging weiter, als ob er sie nicht kennen würde. Endlich wurde noch ermittelt, dass ein Passagier, auf den die Beschreibung des Herrn N. genau passte, am 22. Mai auf dem Dampfer Oroya die Rückreise von L. nach Neapel angetreten habe und zwar unter dem in die Schiffsliste eingetragenen Namen Corona.

Das ist Alles, was einstweilen über das Thun und Treiben des Herrn N. in der fraglichen Zeit in Erfahrung gebracht werden konnte.

Ich gehe nun dazu über, die Beobachtungen zu schildern, die an dem Patienten in der hiesigen Anstalt gemacht wurden.

Anfänglich war die Stimmung des körperlich gesunden, nur etwas schmächtig gebauten Patienten entschieden deprimirt. Er fühlte sich unglücklich, verwirrt über seine Lage, für die er noch kein volles Verständniss hatte. Der Blick der tiefliegenden Augen hatte etwas stechendes und verlieh der ganzen Physiognomie einen finsteren Ausdruck. Daneben fielen im Gesichte äusserst rasch aufeinander folgende Zuckungen der Lider mit nachfolgender halber Senkung derselben auf, die sich besonders während des Sprechens einstellten. Der Schlaf war gestört; der Patient vermochte erst sehr spät einzuschlafen, erwachte dennoch Morgens früh und litt häufig an Alpdrücken. Nach einer so vollbrachten Nacht fühlte er sich dann am ganzen Körper wie zerschlagen. Mit seiner eigenen Person und seinem körperlichen Befinden beschäftigt er sich eifrig und gerne und spricht häufig von allerlei leichten Schmerzen und abnormen Sensationen, so z. B. von Schmerzen im Nacken, die es ihm unmöglich machen, einen steifen Kragen zu tragen und die ihn auch keine längeren Haare ertragen lassen. Geistige Arbeit kostet den Patienten grosse Anstrengung, so z. B. die Anfertigung seiner Lebensbeschreibung, zu der er mehrmals ansetzen muss und nach deren Vollendung er sich ganz erschöpft fühlt. Ebenso verursacht ihm das Briefschreiben grosse Mühe; er geräth dabei regelmässig, auch bei kühlem Wetter, und obwohl er sonst nicht besonders zu Schweissen geneigt ist, ins Schwitzen, verschreibt sich öfters und corrigirt nicht selten das falsch geschriebene wieder fehlerhaft. Beim Lesen beklagt er sich, dass er oft dieselben Worte wiederholt lesen müsse, bis er wisse, worum es sich handle, ferner ermüdet ihn die Lectüre bisweilen dadurch, dass er beständig in falsche Zeilen geräth.

Zunächst wurde nun zur Besserung des allgemeinen psychischen Zustandes bei Herrn N. eine suggestive Therapie eingeleitet. Die erste Hypnose wurde in Gegenwart mehrerer anderer Patienten vorgenommen, die zuerst hypnotisirt wurden. Wie die Reihe auch an unseren Patienten kommen sollte, gerieth er in lebhafte Aufregung, bekam starkes Angstgefühl und hochgradiges Herzklopfen und fing an, zappelige, hysterische Krämpfe zu bekommen. Durch energische Suggestionen und dadurch, dass der Anfall als vorübergehende Bagatelle behandelt wurde, erholte er sich bald wieder und es verliefen dann die weiteren Hypnosen ohne jeden Zwischenfall. Der Patient erwies sich als der Suggestion wohl zugänglich und wurde in den ersten Sitzungen leicht zum hypotactischen Stadium mit beginnender Amnesie gebracht. Die Suggestionen, die zunächst gegeben wurden, bezogen sich darauf, dass der Schlaf sich bessere, alle die kleinen Beschwerden verschwinden würden und die gedrückte Stimmung einer ruhigen, heiteren Platz machen werde. Der Erfolg war denn auch eclatant. Der Schlaf wurde länger und ruhiger, die Stimmung wesentlich zuversichtlicher, wenn auch immer noch recht labil. Der Patient bestätigte selbst den wohlthuenden Einfluss jeder Hypnose. Er betheiligt sich fortan lebhaft an Gesprächen, machte fleissig Ausflüge in die Umgebung zu Fuss oder mit dem Fahrrad, fasste wieder Vertrauen zu sich selbst und blickte zuversichtlicher in die Zukunft.

Von ganz besonderem Interesse ist natürlich das Verhalten des Gedächtnisses. In Bezug auf die Gegenwart resp. die jüngste Vergangenheit kann das Gedächtniss jedenfalls nicht als gut bezeichnet, aber auch kaum als eigentlich krankhaft ver-

ändert angesehen werden. Vielmehr bietet Herr N. das Bild eines im gewöhnlichen Leben als „vergesslich“ bezeichneten Menschen, von denen einzelne Exemplare ja fast in jedem Gesellschaftskreise anzutreffen sind. So passirt es ihm, dass er einen brieflich erhaltenen, sofort auszuführenden Auftrag einige Tage lang vergisst zu besorgen, dass er einen Laden nach kurzer Zeit nicht mehr findet, weil die Auslage der Sonne wegen verhängt ist, dass er mitgebrachte Gegenstände im Laden liegen lässt, dass er nicht selten etwas verlegt und dann Mühe hat, es wieder zu finden. Besonders für Eigennamen scheint das Gedächtniss etwas unvollkommen zu sein. Herr N. ist sich dieser Schwäche wohl bewusst, schreibt daher wichtigere Dinge sogleich auf, um sie im Sinne zu behalten, traut aber offenbar seinem Gedächtniss weniger zu. als es zu leisten vermöchte, da er durch den aufgedeckten Erinnerungsdefect viel an Selbstvertrauen verloren hat.

Mit grossem Interesse wurde dann darnach geforscht, ob aus der Zwischenzeit zwischen der allmählig sich verlierenden und der wieder einsetzenden Erinnerung gar kein Eindruck haften geblieben sei, der spontan reproducirt werden könnte und an den anschliessend sich die Erinnerung ganz oder theilweise wieder hergestellt hätte. Es wurde daher absichtlich die Suggestion nicht gleich von Anfang an auch auf diesen Punkt angewendet. Dabei ergab sich folgendes: Nach dem Namen des Schiffes befragt, auf dem er die Heimreise nach Europa gemacht, giebt Herr N. und zwar erst, nachdem ihm durch die Nennung des ersten Buchstabens nachgeholfen worden war, den Namen Orotava an. Der nunmehr genannte, in Wirklichkeit zutreffende Name Oroya kommt ihm dagegen nicht bekannt vor. Nun findet sich in den aus der gesunden Zeit stammenden Briefen des Patienten einmal der Name eines Dampfers Orotava erwähnt, mit welchem er einst von Australien aus einen Brief nach Hause gesandt hatte. Es musste also offenbar das Erinnerungsbild des Wortes Orotava sich im Gehirn aufbewahrt finden, wurde aber bei seinem Auftauchen ausser Zusammenhang mit allem anderen falsch associirt und so an die Stelle des schliesslich ähnlich klingenden Wortes Oroya gesetzt.

Nach einigen Tagen erhielt der Patient Besuch von seinen Eltern, die ihren Sohn seinem Wesen nach durchaus unverändert fanden. Von ihnen an den Abschluss seiner Studien in A., an die Vorgeschichte seiner Anstellung und an die Vorbereitungen zur Seereise erinnert, war er nicht im Stande, darin irgend etwas ihm bekannt vorkommendes zu erblicken. Die Eltern überbrachten auch die vom Patienten während der Reise und in der ersten Zeit seines Aufenthaltes in Australien an sie geschriebenen Briefe. Herr N. erkennt darin wohl zwar seine Handschrift; im Uebrigen aber sind sie ihm etwas völlig Neues und Unbekanntes. Es wurde ihm einer dieser Briefe vorgelesen, worin er unter anderem eine genaue Beschreibung seiner Wohnung in Z. giebt, ebenfalls mit völlig negativem Erfolg. Die übrigen Briefe wurden vorläufig zurückbehalten, damit nicht die Erinnerung an Gelesenes und allfällige noch zum Vorschein kommende Erinnerungen an wirklich Erlebtes ein unentwirrbares Gemenge miteinander bildeten. Auch bat er selbst darum weil diese Briefe ihn aufregten und verwirrten.

Ein glücklicher Zufall wollte es, dass ein Herr D. aus Australien, der mit unserem Patienten in Z. häufig verkehrt hatte, gerade zur Erholung in Zürich weilte. Einem Besuch bei diesem Herrn, den Patient vor seinem australischen Aufenthalt nicht kannte, sahen Arzt und Patient mit gleichem Interesse entgegen. Kurz zuvor noch machte Herr N. auf Befragen die Bemerkung, er könne sich an den zu Be-

suchenden durchaus nicht erinnern, noch sich ihn irgendwie vorstellen; das aber glaube er zu wissen, dass irgend ein Herr, der dieser Herr sein könnte, zwei Kinder habe und dass das eine davon einen auffallenden Namen, wahrscheinlich Achilleus, trage. Herr D. begrüsste nun den Patienten als alten Bekannten, erinnerte ihn an diesen und jenen Vorfall in Z., an manche zusammen verlebte Stunden, während für den Patienten sowohl die Persönlichkeit des Herrn D. als auch alles von ihm Erzählte völlig fremd und neu war, so dass er in seiner Gegenwart sehr genirt war und wie auf Kohlen sass. Dagegen stellte es sich heraus, dass Herr D. wirklich zwei Kinder besitze und dass das eine davon zwar nicht Achilleus, wohl aber Alarich genannt wurde. Zwischen der Vorstellung, die sich Patient über das Alter, die Grösse und das Aussehen der Kinder zu bilden versucht hatte und den thatsächlichen Angaben des Herrn D. herrschte hinwiederum nicht die geringste Uebereinstimmung. Im Uebrigen versicherte Herr D., dass ihm der Patient, solange er ihn in Z. zu beobachten Gelegenheit hatte, d. h. bis zu seiner Abreise nach dem Inneren, stets sowohl in seinem Reden wie in seinem Handeln einen durchaus normalen Eindrucke gemacht habe.

Kurz vor einem zweiten Besuche fiel dem Patienten plötzlich der Name eines Herrn R. ein und da er sich nicht zu erinnern vermochte, jemals mit einer Persönlichkeit dieses Namens in Beziehung gewesen zu sein, so verlegte er von sich aus vermuthlich seine Kenntniss dieses Namens in die seinem Gedächtniss entfallene australische Zeit zurück, ohne dass sich daran irgend welche Vorstellungen über das Aussehen oder die Stellung dieses Herrn anknüpften. Erkundigungen bei Herrn D. ergaben, dass R. der Name einer Persönlichkeit war, mit der unser Patient in Australien in geschäftlichen Beziehungen gestanden haben musste.

Der grösste Theil seiner Effecten, offenbar alle diejenigen Stücke, die er sich unmittelbar vor der Reise oder erst in Australien angeschafft hatte, sind dem Patienten neue, unbekannte Dinge; wie er dazu gekommen, weiss er nicht, vielmehr wundert er sich über das Aussehen und die Qualität einzelner Garderobestücke. Auch das Auffinden einer fremden englischen Visitenkarte, offenbar von einer auf dem Schiff angeknüpften Bekanntschaft herrührend, eines Briefbogens mit dem aufgedruckten Namen des Dampfers, auf dem er die Reise nach Australien gemacht, verhilft ihm nicht dazu, einen weiteren Kreis von Erinnerungsbildern wachzurufen. Ganz gleich ergeht es ihm mit seinen eigenen Visitenkarten, auf denen seinem Namen der in Australien innegehabte Posten beigefügt ist; mit sichtlichem Erstaunen betrachtet er alle diese Zeugen einer aus seinem Bewusstsein ausgelöschten Epoche.

Eigenthümlich und sehr interessant ist die folgende Episode, durch welche es Herrn N. gelang, einen allerdings nur winzig kleinen Theil der verlorenen Erinnerungen wieder wachzurufen. Es fiel ihm nämlich auf, dass ihn, wenn er auf der hiesigen sehr rasch, aber auch sehr geräuschvoll fahrenden electrischen Strassenbahn fuhr, ein eigenthümliches Gefühl überkam, er müsse schon einmal in seinem Leben auf einer ähnlichen Bahn, die ebenso rasch fahre und namentlich auch ein ganz gleiches Sausen verursache, öfters verkehrt haben. Dabei sei er jedoch sicher, dass die ihm vorschwebende Bahn nicht wie die hiesige mit oberirdischer, sondern mit unterirdischer Stromzuleitung versehen sei. In den Städten, an die er sich zu erinnern vermöge, bestehe nirgends eine solche Art electrischer Bahnen; also müsse er wohl schliessen, dass es sich in diesem Falle um eine Erinnerung an seinen Aufenthalt in Z. handle.

Da nun auf eine weitere spontan erfolgende Ausfüllung der Gedächtnisslücke nicht zu hoffen war, so wurde in den folgenden Hypnosen der Versuch gemacht, der Amnesie auf suggestivem Wege beizukommen und zur Anknüpfung die eben erwähnte Strassenbahnepisode verwendet. Herr N. bekam die Suggestion, dass er in einem Wagen der betreffenden Bahn sitze, sich wieder alle Details vergegenwärtige und auch die darin befindlichen Leute sich vorzustellen vermöge. Wirklich war dann auch ein Erfolg insofern zu constatiren. als der Patient in der Hypnose im Stande war, die von der hiesigen durchaus abweichende Construction der Wagen und Anordnung der Sitzplätze zu beschreiben. Ueber den Weg befragt, den die Linie nehme, rief er mehrmals „hinauf, hinauf". Von den Insassen vermochte er nur anzugeben, dass sie schmälere Gesichter hätten als die Leute hier zu Lande. Im Anschluss an die Hypnose verfertigte der Patient sogleich eine kleine Skizze über die Construction der Tramwagen. Nachfragen bei dem mehrfach erwähnten Herrn D. ergaben, dass Herr N. in der That von seiner Wohnung aus täglich die Trambahn zu benützen pflegte, dass die Linie wirklich bergan führte und dass ihre Einrichtung in der That derart sei, wie seine Angaben lauteten.

Endlich sei noch erwähnt, dass der Patient einige Male am Morgen bestimmt versicherte, im Traum in Australien gewesen zu sein und dabei mit verschiedenen Persönlichkeiten sich unterhalten zu haben. Alle Details jedoch waren jeweilen spurlos verschwunden, sodass sich daraus keine weiteren Anhaltspunkte gewinnen liessen.

Nachdem der Versuch, auf suggestivem Wege mitten aus der vergessenen Epoche heraus die Erinnerungen wieder wachzurufen, nur von einem sehr geringen Erfolg begleitet gewesen war, hatte es eine Zeit lang den Anschein, als ob der Fall einer weiteren hypnotischen Behandlung unzugänglich wäre, und Prof. Forel fing an, die Hoffnung auf Wiederherstellung des Gedächtnisses für die amnestische Periode aufzugeben, da einige Wochen ohne Fortschritt vergingen. Bevor aber die Beobachtung abgebrochen wurde, kam er auf den Gedanken, nicht mehr den Aufenthalt in Australien, sondern vielmehr die letzte noch erinnerliche Zeit des Aufenthaltes in A. zum Ausgangspunkt der Suggestionen zu wählen. Diese Aenderung der Methode brachte denn auch einen unerwarteten Erfolg mit sich. Es wurde dem Patienten in zahlreichen Hypnosen, die allmählich immer tiefer wurden und rascher gelangen, in grossen Umrissen und successive fortschreitend die Zeit skizzirt, in die er sich nun zu versetzen habe und ihm dabei suggerirt, dass er sogleich und auch nach dem Erwachen sich an alle Details dieses Zeitraumes genau erinnern werde. Häufig wurde dann, nachdem der Patient erzählt hatte, was er nun neu wusste, sogleich eine zweite Hypnose angeschlossen und dabei mit der Suggestion an dem Punkte wieder eingesetzt, bis zu dem er in der vorangehenden Hypnose gebracht worden war.

Der erste Erfolg bestand darin, dass Herr N. sich daran erinnerte, in der letzten Zeit seines Aufenthaltes in A. nicht mehr regelmässig ins Colleg gegangen zu sein und statt dessen häufig dem Velosport gehuldigt zu haben. Auf die Suggestion hin, er werde sich nun wieder an die Verhandlungen erinnern, die seiner Anstellung vorausgegangen seien, tauchte plötzlich der Name eines Regierungsrathes (nennen wir ihn Bernhard) auf, dem sich bald auch eine exacte Vorstellung über dessen Aussehen und Kleidung zugesellte. Im Anschluss daran wusste nun Herr

N. wieder, dass er diesem Herrn mehrfache Besuche abgestattet habe und dass durch ihn die Verhandlungen eingeleitet worden seien. Nach der folgenden Hypnose fällt es dem Patienten plötzlich ein, dass er kurz vor Weihnachten eine Reise nach der Landeshauptstadt unternommen habe, vermag aber über seinen dortigen Aufenthalt noch keine Angaben zu machen. Erst nach der nächsten Sitzung auf entsprechende Suggestion hin fällt ihm der Name des Hotels, wo er gewohnt, die Strasse, an der es liegt, die Dauer seines dortigen Aufenthaltes und die mit den Behörden gepflogenen Unterhandlungen ein, nach und nach gewinnt er ein klares Bild von der Stadt, die er zuvor noch nie besucht hatte. Niemals gehen die so wiedergewonnenen Erinnerungen zeitlich über den Spielraum hinaus, der durch die gegebenen Suggestionen begrenzt wird. Gleich zu Anfang sind die Erinnerungsbilder nie sehr scharf und Herr N. beginnt seine Erzählungen gewöhnlich mit einem „ich glaube“ oder „es kommt mir so vor“. Erst im Laufe der folgenden Sitzungen gewinnen die Bilder an Schärfe und schliessen sich zu einem Ganzen zusammen. Weiter gelang es, dem Patienten seine Rückreise aus der Hauptstadt nach A. und die nun beginnenden Reisevorbereitungen ins Gedächtniss zurückzurufen, wobei ihm zu allererst die Thatsache einfällt, dass er dazu 24 Hemden und 18 Paar Unterhosen bestellt habe; dann folgt die rasch zurückgelegte Reise nach dem Einschiffungsort, wobei ihm auch ein unterwegs abgestatteter Besuch wieder erinnerlich wird. Ueber die Deutung der Erinnerung an den Hafenort ist er etwas schwankend, da er sich schon früher einige Male dort aufgehalten hatte. Nunmehr bekam der Patient die Suggestion, dass sich sein Gedächtniss auch für die Zeit der ganzen Seereise wieder herstellen werde und immer in der beschriebenen Weise vorgehend, gelang im Verlaufe einiger weiterer Hypnosen auch das. Zunächst wusste er plötzlich und mit Bestimmtheit den Namen des Capitäns und des Schiffsarztes anzugeben, dann erinnerte er sich auch an einzelne Mitreisende und die Einrichtungen und das Leben auf dem Schiffe. Von der Durchfahrt durch den Suezkanal weiss er, dass sie bei Nacht stattgefunden und unerwartet lange gedauert habe; mit grosser Schärfe tritt die Erinnerung an die Landung in Aden auf, wo ihm besonders die mit weissen Turbanen bekleideten Menschen und die am Boden liegenden Kameele auffallen. Es schliesst sich dann die Erinnerung an eine grosse Hitzeperiode an und hierauf an die Landung in Colombo (Ceylon). Von hier berichtet er zuerst über die üppige Vegetation und über einen kleinen ins Innere von Ceylon unternommenen Ausflug, dessen Endziel er noch ungenau zu nennen vermag. Etwas grössere Schwierigkeiten machte die Auferweckung der Erinnerungen an die Landung in Australien und die erste Zeit des Aufenthaltes in Z. Doch gelang es nach wiederholten Hypnosen, die Vorstellung von den verschiedenen angelaufenen Hafenorten unter anderem der Hafenstadt L. wieder zum Vorschein zu bringen. Von Z. wusste der Patient anfänglich nur anzugeben, dass es dort sehr trocken sein müsse und dass in der Vegetation die Eucalyptusbäume und Coniferen eine grosse Rolle spielten. In der Stadt selber, meinte er anfänglich, wüsste er sich jetzt doch noch nicht zurechtzufinden. Dann kam plötzlich die Erinnerung an den dortigen botanischen Garten und an verschiedene in der Umgebung unternommene Ausflüge. Einen Namen, der ihm schon lange einfallen war, von dem er aber nie wusste, zu was für einer Persönlichkeit er gehöre, bezog er nunmehr auf die Person seiner Hauswirthin. Dann vermochte er sich auch wieder an seine Wohnung und an den Club zu erinnern, in dem er häufig verkehrte, so dass er

schliesslich angab, sich auch in Z. wieder ganz heimisch zu fühlen. Auch an Herrn D. und seine Familie erinnertè er sich wieder.

An diesem Punkte angelangt, musste die hypnotische Behandlung für einige Zeit abgebrochen werden, da der Patient plötzlich an einer Pneumonie erkrankte. Die Affection nahm ihren normalen Verlauf, brachte aber den Patienten sehr herunter. Sobald die Reconvalescenz so weit fortgeschritten war, dass er der Suggestion wieder zugänglich erschien, wurde mit den Hypnosen von Neuem begonnen. Dabei wurden zunächst verschiedene Residuen der überstandenen Pneumonie, für die eine somatische Grundlage nicht mehr anzunehmen war, in Angriff genommen. Es gelang so rasch, die trotz totaler Resolution und Resorption der Pneumonie noch auffällig frequente und dyspnoïsche Athmung normal zu gestalten, die noch in der Brust gefühlten Schmerzen zu beseitigen (wobei einmal die Schmerzen nun plötzlich auf die andere Seite der Brust in die Gegend der alten Schusswunde übersprangen) und Schlaf- und Appetitlosigkeit zu heben. Daneben wurde an der Auferweckung der Erinnerungen genau wie früher weiter gearbeitet.

Die zunächst gegebenen Suggestionen bezogen sich darauf, dass der Patient sich immer genauer an seinen ganzen Aufenthalt in Z., nun aber auch an seine Reise ins Innere nach O. wieder erinnere. Der Erfolg war der, dass ihm nachher verschiedene Festlichkeiten erinnerlich wurden, die er mitzumachen hatte und wobei es ihm Mühe machte, mit den Anderen im Champagnertrinken u. dgl. mitzuthun. Ausserdem fiel ihm aber noch ohne jeden weiteren Zusammenhang der genaue Name des Hotels in O. ein, wo er abgestiegen war und sich einige Zeit aufhielt. Erst nach der folgenden Hypnose kehrte auch die Erinnerung an die Reise nach O. zurück. Herr N. weiss nun, dass er die 36stündige Fahrt dorthin in einer Tour zurückgelegt, beschreibt die theils öde, theils gebirgige Gegend und die eintönige Vegetation, wie die Baumfarren u. dgl. Ueber die Stadt Z. ist er jetzt genau orientirt und entwirft eine anschauliche Schilderung von deren Lage und Verkehrsverhältnissen. Als neue Erscheinung ist nach dieser Hypnose zu beobachten, dass der Patient im Stande ist, auch das Facit seiner in Australien gemachten Beobachtungen zu reproduciren. So erzählt er denn mancherlei über die politischen und wirthschaftlichen Institutionen des Landes, über das Proletariat der Städte und den Mangel an Arbeitskräften auf dem Lande, über die Maassregeln zur Erschwerung der Einwanderung der Chinesen, wobei es ihm plötzlich einfällt, dass auf dem Dampfer, der ihn nach Australien führte, sich auch etliche solche zu importirenden Menschen befanden und dass die Chinesen in Z. mit kurzgeschnittenem Haar umhergehen und deshalb wenig auffallen. Auch über seinen Aufenthalt in O. weiss Herr N. nach derselben Hypnose mancherlei zu berichten. Bei seiner Ankunft habe eine grosse Dürre geherrscht, so dass der Staub fusshoch in den Strassen lag und viel Vieh zu Grunde ging. Er erinnert sich ferner an verschiedene Persönlichkeiten in O., mit denen er zu verkehren hatte. Darunter befindet sich auch jener Herr R., dessen Name ihm schon lange eingefallen war und mit dem er, wie er jetzt wieder genau weiss, einen unangenehmen Strauss auszufechten hatte, da er seiner Mission Schwierigkeiten in den Weg zu legen suchte. Noch jetzt geräth der Patient bei der Erzählung dieser Episode in lebhaften Affect. Des weiteren vermag er sich zu erinnern, dass er sich schon bald nach seiner Ankunft in O. unwohl fühlte und deshalb sein Hotelzimmer wechselte. Wegen Fieber, Schwindel und Herzklopfen sei er zu einem englischen Arzte gegangen, dessen

Name mit B. anfange und der ihn dann auch im Hotel besucht habe. Da mit der letzten Angabe die Erinnerung versiegte, wurde alsbald eine weitere Hypnose angeschlossen und dem Patienten suggerirt, er werde sich nun genauer an die näheren Umstände seiner Erkrankung in O. erinnern. Daraufhin fällt ihm ein, dass noch ein zweiter deutscher Arzt zugezogen worden sei und dass er ein Schlafmittel bekommen habe. Die Temperatur sei nie gemessen worden. Ausser den Aerzten sei nur hie und da ein Kellner ins Zimmer gekommen. Die beiden Aerzte haben ihm verschiedene Rathschläge gegeben; der eine, er solle alsbald an die Küste zurückkehren und sich dort zuerst erholen; der andere, er solle in O. seine Genesung abwarten und dann seine Reise fortsetzen. Welchem Rathe er gefolgt und was er nun gethan, darüber weiss er nichts anzugeben.

Die am nächsten Tag gegebene Suggestion, Herr N. werde sich nun auch an die näheren Umstände seiner Abfahrt von O. und Rückreise nach Z. erinnern, blieb zunächst erfolglos. Erst die Wiederholung am folgenden Tag brachte wieder einen Fortschritt, insofern als er nun berichtete, wie ihm am Abend vor der Abreise auf seinen Wunsch sein Geld wieder zugestellt worden sei und wie derselbe Herr, der dies besorgt, am andern Tag ihn zum Bahnhof geleitete. Zu dieser Zeit (Abfahrt von O.) war sich Herr N. seiner ganzen Hinreise und vom Ziel seiner Thätigkeit in Australien trotz des Fiebers völlig erinnerlich bewusst. Dies giebt er bestimmt an und es ist dies sehr wichtig. Er erinnert sich, dann mit der Eisenbahn die Rückreise nach Z. angetreten zu haben und dabei im Wagen offenbar halb geschlafen zu haben. Von seiner Ankunft in Z. dagegen weiss er noch rein nichts.

Ich bin in der Besprechung der Art, wie die letzten Erinnerungen wieder zum Bewusstsein kamen, recht ausführlich gewesen und zwar mit gutem Grund; denn wie wir später sehen werden, bietet die genaue Kenntniss der Ereignisse um diesen Zeitpunkt herum einen wichtigen Anhaltspunkt für das richtige Verständniss des ganzen Falles.

In wiederholten Hypnosen wurde nun versucht, das Ende dieser Fahrt nach Z., die Ankunft daselbst und die Umstände, unter denen die Einschiffung nach Europa erfolgte, dem Patienten ins Gedächtniss zurückzurufen. Diese Bemühungen blieben jedoch ohne Erfolg und über den Beginn der Reise von O. nach Z. hinaus vermochte er sich keiner einzigen Thatsache mehr zu erinnern.

Dagegen war wiederum ein Erfolg zu constatiren, als Prof. Forel, dem schon einmal erprobten Verfahren entsprechend, die Suggestionen an denjenigen Zeitpunkt anknüpfe, der dem Patienten noch spontan in Erinnerung geblieben war, wie er nämlich sich am Ende seiner Seereise an Bord der Oroya befand. Die Suggestionen lauteten dahin, Herr N. werde sich nun auch an den ersten Theil seiner Heimreise zur See, schliesslich an seine Einschiffung und an die Gründe, die ihn dazu bewogen, erinnern. Daraufhin war der Patient nun im Stande, eine ganze Reihe von Details, die er auf seiner Rückreise erlebt hatte, zu erzählen. So berichtet er, er sei in Colombo im Gegensatz zu den meisten übrigen Passagieren nicht am Land gewesen, es hätten sich dort ein englischer Sergeant mit Frau und Kindern eingeschifft. Von dem Leben an Bord der Oroya kommen ihm wieder eine ganze Reihe von Einzelheiten ins Bewusstsein: ein kleines Mädchen habe ihm besonders gut gefallen, er habe öfters mit ihm gespielt und es auch auf dem Arm getragen. Sonst habe ihm das Leben auf dem Dampfer nicht sonderlich behagt

und er habe deshalb der Aufforderung, an verschiedenen Vergnügungen theilzunehmen, keine Folge geleistet. Mit grosser Lebhaftigkeit erinnert er sich an zwei auf hoher See vorgekommene Todesfälle und die Versenkung der Leichen ins Meer. Seine Thätigkeit auf dem Schiff habe im Essen, Schlafen, Lesen und Umhergehen bestanden. So habe er in den Tag hineingelebt, mit dem Bewusstsein, wie er jetzt glaubt, dass das Reiseziel Europa sei, aber ohne jeden Gedanken an das, was vorausging und das, was noch kommen würde. Die Erinnerung an seine Abreise von Z., an die Einschiffung in L. und an den ersten Theil der Seereise war auch jetzt wieder nicht wachzurufen.

Eine Reihe von Hypnosen, in denen der Versuch gemacht wurde, die noch bestehende, aber stark zusammengeschrumpfte Erinnerungslücke auszufüllen, schlugen zunächst fehl. Der Kranke producirte wohl eine ganze Anzahl neuer Erinnerungen, die er aber alle in die Zeit der Hinreise nach Australien verlegen musste. Da tauchte plötzlich ganz verschwommen die Erinnerung an eine lange bei Nacht zurückgelegte Eisenbahnfahrt auf, die ihn von Z. nach dem Einschiffungshafen L. bringen soll und die sich der Patient in ununterbrochenem Zusammenhang mit der jetzt wieder bewussten Fahrt von O. nach Z. vorstellt. Daran schliesst sich die unklare Vorstellung, dass er in L. in einem kleinen minderwerthigen Gasthause abgestiegen sein müsse. Sogleich wurde er von neuem hypnotisirt und ihm suggerirt, er werde sich an diesen Gasthof wieder genau erinnern, wie überhaupt an seinen ganzen Aufenthalt in L. bis zur Einschiffung. Daraufhin ist er im Stande, das erwähnte Gasthaus näher zu beschreiben; er bezeichnet es als eine „Spelunke dritter Güte“ und ist ganz empört darüber, dass er ein so schlechtes Absteigequartier wählen konnte, da er doch offenbar noch genug Geld bei sich gehabt habe. Der Name des Gasthauses müsse dreisilbig sein; dasselbe liege in unmittelbarer Nähe des Bahnhofes und sein Zimmer sei so klein gewesen, dass er nicht einmal sein ganzes Gepäck darin placiren konnte. In nochmaliger Hypnose erhält der Patient die Suggestion, dass ihm im Laufe des Tages von selbst noch weitere Details über seinen Aufenthalt in L. einfallen und ihm nun auch die Einschiffung klar sein werde. Am folgenden Morgen berichtet Herr N., es sei ihm nun die Strasse eingefallen, an der das erwähnte Hotel liege; dessen Name fange mit einem M an, dann folge ein O oder A, das Wort bedeute den Namen des Besitzers, doch sei es ihm nicht möglich, sich auf den Namen vollständig zu besinnen. Nach der nächsten Hypnose bei gleich bleibenden Suggestionen erzählt Herr N., dass er in L. tagsüber gewöhnlich das Zimmer gehütet und erst gegen Abend ausgegangen sei; gedacht habe er sich bei diesem ganzen Leben nichts Besonderes und nur auf die Abfahrt des nächsten Schiffes gewartet. Es sei damals empfindlich kühl gewesen. Er habe jetzt das Gefühl, dass er damals nicht wusste, dass er L. schon einmal (nämlich auf der Hinreise) kennen gelernt hatte. Auf die Suggestion hin, er werde sich nun auch an die Verhältnisse am Hafen und die Einschiffung wieder erinnern, kommen ihm plötzlich auch diese Erinnerungen mit ziemlicher Schärfe. Herr N. beschreibt nun den Landungssteg, erinnert sich, dass der Bahnzug ihn unmittelbar bis an das zur Abfahrt bereite Schiff heranbrachte, dass noch ein anderes Schiff dort lag, dem er dann später wieder in Colombo begegnete, und dass eine grosse Menschenmenge am Hafen zugegen war. Es fällt ihm jetzt auf, dass ihm damals die Abfahrt nach einem anderen Continent nicht den geringsten Eindruck machte, wie es doch sonst bei seinen früheren Reisen stets

der Fall gewesen war. Er selbst machte dann darauf aufmerksam, dass ihm nun hauptsächlich noch die Erinnerung an den Moment fehle, wo er das Billet zur Abfahrt gelöst hatte. Auf bezügliche Suggestion hin gelingt auch die Aufweckung dieser Erinnerung und Herr N. nennt nun die Strasse, wo sich die Agentur befindet, und den Preis des Billets genau. Dass er einen falschen Namen angegeben, vermag er sich nicht zu erinnern, glaubt aber eher, die Sache müsse auf einem Missverständniss der englischen Schiffsleute beruhen, die seine Sprache nicht verstanden.

Am folgenden Tag gelang es endlich in einer Anzahl sich folgender Hypnosen auch die letzten Lücken, die in der Erinnerung an die zuletzt in Rede stehende Zeit noch bestanden hatten, immer auf die entsprechenden Suggestionen hin, auszufüllen. Der Patient machte nun im Zusammenhang folgende Angaben: In O. habe er um die Zeit seiner körperlichen Erkrankung sozusagen nie geschlafen. Er habe dann mit vollem Bewusstsein ein Billet erster Klasse nach Z. gelöst, wo er seine Wohnung hatte, in der bestimmten Absicht, dort seine völlige Genesung abzuwarten und dann zur Fortführung seiner Mission nach O. zurückzukehren. Die Eisenbahnfahrt habe sehr lange gedauert und auch die ganze Nacht in Anspruch genommen, der Wagen sei bald recht voll von Leuten, bald wieder leerer gewesen, so dass er es sich bequem machen konnte und öfters einschlief. In Z. am Vormittag angekommen, habe er gleich nach der Ankunft ein Billet zur Weiterfahrt nach L. gelöst, dann den Bahnhof, in welchem sich weder Wartesäle noch ein Restaurant, um sich darin aufhalten zu können, befänden, alsbald verlassen und in einem kleinen Gasthofe in unmittelbarer Nähe des Bahnhofes ein Zimmer bezogen, dort etwas zu sich genommen und dann einige Stunden geschlafen. In seine Wohnung zu gehen oder dass er überhaupt in Z. eine Wohnung besass, daran sei ihm kein Gedanke gekommen, ebensowenig, dass er überhaupt schon jemals in Z. gewesen sei und dort eine Menge von Bekannten hatte. Er habe dann noch einige kleine Einkäufe gemacht, z. B. sich einen Kamm angeschafft und sei noch am selben Abend mit dem am Morgen gelösten Billet nach L. weiter gereist. An irgend ein Motiv zur Abreise von Z. kann er sich durchaus nicht erinnern, er glaubt nur das Gefühl gehabt zu haben, er sei fremd hier, gehöre nicht dahin und habe deshalb die erste Gelegenheit zur Weiterreise ergriffen. In L. angekommen, sei er wie zuvor in Z. im nächst gelegenen sehr primitiven Gasthaus abgestiegen, wie er uns schon zuvor erzählt hatte. Er erinnert sich nun ganz genau an die Stadt L., er habe sich einige Tage dort aufgehalten, sei immer durch dieselben Strassen gegangen, habe sich dann ein Billet zur Ueberfahrt nach Europa gekauft, wie er oben berichtete, und nun die Abfahrt des Dampfers abgewartet. Die Stadt L. sei ihm völlig fremd vorgekommen und er habe nach Allem fragen müssen, obwohl er ja thatsächlich, wie er jetzt wisse, bei der Hinreise einige Tage dort zugebracht hatte. Auch hier war er sich nicht bewusst, schon einmal vor einigen Wochen sich aufgehalten zu haben, und auch hier kam ihm kein Gedanke daran, irgend einen bekannten Menschen aufzusuchen. An die von dritter Seite festgestellte Begegnung mit einer Dame am Bahnhof kann er sich nicht erinnern, glaubt aber, wenn dem wirklich so sei, so habe er eben die Dame einfach nicht mehr erkannt. An die Umstände, unter denen seine Einschiffung zu Stande gekommen, vermag er sich wieder genau zu erinnern, er sei mit einem Wagen vom Hotel nach dem ca. zehn Minuten entfernten Bahnhof gefahren und habe dort den Bahn-

zug bestiegen, der ihn direct bis zum Schiff geführt. Auch für seine Einschiffung ist er nicht im Stande ein Motiv anzugeben, er habe offenbar das Bestreben gehabt, von Australien, wo er sich „deplacirt" fühlte, möglichst rasch wegzukommen. Dass er in Australien sei, dessen sei er sich damals bewusst gewesen, nicht aber, wie er dort hingekommen und dass und was er dort zu thun hatte.

Damit ist die Reihe der Beobachtungen, die an Herrn N. in hiesiger Anstalt gemacht wurden, erschöpft und ich will nun versuchen, die Genese und die Einzelheiten des hochinteressanten Falles einer genaueren Analyse zu unterwerfen. Einer eingehenderen Besprechung bedarf zunächst das auffallendste Symptom, das uns der Patient bietet, die den beträchtlichen Zeitraum von acht bis neun Monaten umfassende Amnesie. Die Pathologie des Gedächtnisses ist ein noch wenig bebautes Feld und so ist denn auch die Literatur überhaupt, ganz besonders aber die deutsche, arm an Beispielen von genau beobachteten Amnesien. Es mag deshalb angezeigt sein, die publicirten einschlägigen Fälle in Kürze zu durchgehen.

Der Autor, auf den in den meisten späteren Publicationen Bezug genommen wird, ist Ribot,[1]) der den Amnesien einen beträchtlichen Theil seines Werkes widmet. Ribot trennt zunächst die partiellen Amnesien, bei denen das Erinnerungsvermögen nur für bestimmte Categorien des Gedächtnisses gestört ist, ab von den totalen Amnesien, bei welchen eine solche Separation nicht stattfindet und unterscheidet bei den letzteren wieder temporäre, periodische, progressive und congenitale Formen. Soviel Interessantes auch die Beispiele für diese verschiedenen Arten der Amnesien und die daran angeknüpften Betrachtungen bieten, so kann ich doch nur darauf näher eingehen, was Ribot über die temporären Amnesien sagt; denn dazu gehört offenbar auch unser Fall. Als typisch für diese Art bezeichnet er die meist nur einen kurzen Zeitraum umfassenden Amnesien, wie sie so oft im Anschluss an epileptische Anfälle beobachtet werden. Von den zwei Erklärungsversuchen, dass entweder die Hirnthätigkeit zu der Zeit, für die nachher Amnesie besteht, nicht vom Bewusstsein begleitet sei, oder aber dass der damit verbundene Bewusstseinszustand ein abnorm schwacher sei, hält er in der Mehrzahl der Fälle die zweite Annahme für zutreffend und stellt damit diese epileptischen Amnesien auf gleiche Stufe mit den Träumen, denn auch diese verdanken die Unbeständigkeit, mit der sie im Gedächniss haften, der geringen Intensität des ihre Entstehung begleitenden Bewusstseinszustandes. Warum dieser quanti-

[1]) Th. Ribot, Das Gedächtniss und seine Störungen.

tative Unterschied im gegebenen Moment sich geltend macht und worin er eigentlich besteht, vermag auch Ribot nicht anzugeben. Als destructive temporäre Amnesien bezeichnet er die Fälle, bei denen das Gedächtniss nicht nur für die der Erkrankung also z. B. dem epileptischen Insult entsprechende Zeit eine Störung erleidet, sondern auch noch für einen bestimmt abgegrenzten vorausgehenden oder nachfolgenden Zeitraum. So verliert eine junge Frau im Wochenbett im Anschluss an eine Ohnmacht völlig die Erinnerung über einen vorhergehenden Zeitraum, so dass sie von ihrer Verheirathung und der Geburt ihres Kindes nichts mehr weiss. Diese Gedächtnisslücke blieb bestehen und wurde nur nothdürftig durch die Aussagen der Angehörigen ausgefüllt. In gleicher Art rückgreifend sind gewöhnlich die nach Commotio cerebri beobachteten Amnesien und nur in einem von Ribot citirten Fall blieb nach einem Sturz auf den Hinterkopf das Gedächtniss zwar bis zu diesem Unfall erhalten, wogegen in der darauf folgenden Zeit sämmtliche Eindrücke alsbald wieder vergessen wurden. Was den Mechanismus bei diesen verschiedenen erwähnten Amnesien anbetrifft, so giebt Ribot zwei Möglichkeiten der Erklärung zu, zwischen denen er die Entscheidung offen lässt, nämlich dass entweder eine Störung in der Aufbewahrung vorliege, oder dass bei intactem Aufbewahrungsvermögen die Erinnerungen durch mangelnde Association mit der Gegenwart nicht mehr aufzuleben vermögen. Für diejenigen Fälle jedoch, wo der Gedächtnissdefect so allgemein wird, dass er auch die sog. organisirten Abschnitte des Gedächtnisses wie die Sprache, den Gang etc. umfasst, und wofür Ribot ebenfalls verschiedene genau beobachtete Fälle anführt, macht er eine Atrophie der dieser Function vorstehenden Nervenelemente verantwortlich; die oft ausserordentlich rasch eintretende Besserung wäre dann auf einen Ersatz dieser atrophirten Elemente durch neue zurückzuführen und die ganze Amnesie als eine Ernährungsstörung zu betrachten, obwohl Ribot die hysterische Natur des einen Falles ausdrücklich erwähnt.[1])

Ein genaues Studium der Amnesien verdanken wir ferner Janet,

[1]) Diese Erklärung ist unbedingt falsch, indem atrophirte Elemente im Gehirn eines Erwachsenen sich weder regeneriren, noch viel weniger durch neue ersetzt werden, wie alle Experimente und Forschungen in diesem Gebiet lehren. Es wäre auch nicht denkbar, dass Gedächtnissbilder aus zerstörten Elementen in neugebildete übertragen würden und es ist zweifellos, dass die gleichen Gehirnelemente von der Kindheit bis zum Tode bestehen bleiben. (Schiller und Forel: Sur le nombre et le calibre des fibres nerveuses du nerf oculomoteur commun, chez le chat nouveau-né et chez le chat adulte.)

der sich in seinen Arbeiten [1]) vorzugsweise mit den hysterischen Amnesien beschäftigt. Nach Janet spielen die Amnesien eine grosse Rolle im Wesen der Hysterie und bilden sogar ein Hauptsymptom derselben. Er unterscheidet dabei systematisirte, localisirte und generalisirte und die von diesen gänzlich verschiedenen continuirlichen Amnesien. Bei den häufigen systematisirten Amnesien gehen nur gewisse Categorien von Erinnerungsbildern verloren, was zur Folge hat, dass z. B. eine vorher gesprochene Sprache, ein angelerntes Handwerk vergessen werden, während die Erinnerung für andere gleichzeitig empfangene, aber damit nicht näher associirte Eindrücke erhalten bleibt. In einem dieser Fälle, die Janet citirt, erkennt die Patientin im Anschluss an einen schweren hysterischen Anfall den sie täglich besuchenden Arzt nicht mehr und weiss überhaupt gar nichts mehr von ihm, während das übrige Gedächtniss intact blieb; in der Hypnose gelang es, die Erinnerung wieder wachzurufen und zwar mit dauerndem Erfolg. Im andern Falle vergisst eine Patientin ebenfalls nach einem hysterischen Anfall ihren dreijährigen Aufenthalt in England und damit auch jede Kenntniss der englischen Sprache. Zu den systematisirten Amnesien rechnet Janet auch die verschiedenen hysterischen Lähmungen, die auf einem Vergessen der motorischen Vorstellungen beruhen sollen. Bei den localisirten Amnesien werden sämmtliche Erlebnisse einer bestimmt abgrenzbaren Lebensepoche vergessen, gewöhnlich im Anschluss an einen psychischen Insult mit darauf folgendem hysterischen Anfall. Entweder besteht Erinnerungslosigkeit nur für den Anfall selbst oder aber und zwar häufiger auch für eine unmittelbar vorangehende Lebensperiode. In diesem Falle spricht Janet von einer retrograden Amnesie. Für ausserordentlich selten hält er die generalisirten Amnesien, wobei durch den völligen Verlust aller im Laufe des Lebens angesammelten Erinnerungsbilder die Persönlichkeit gleichsam ein zweites Mal herangebildet werden muss. Allen diesen Formen, die sämmtlich auf eine Störung des Reproductionsvermögens beruhen, werden dann die continuirlichen Amnesien gegenübergestellt, bei denen es sich um die Unmöglichkeit handelt, überhaupt Erinnerungsbilder zu erwerben. Diese schwere Form findet sich ebenfalls bei hysterischen Personen, und es kann dabei das Gedächtniss für frühere Zeiten ganz wohl erhalten sein, während die Ereignisse der Gegenwart spurlos an ihnen

[1]) Janet, État mental des Hystériques und L'Amnésie hystérique. Arch. de Neurol. XXIV. 1892.

vorübergehen. Sehr bezeichnend dafür ist der von Janet citirte Ausspruch eines Mädchens, das zwar noch Stellen aus der Aeneis zu recitiren vermochte, daneben aber fragt: „Ist es möglich, dass seit meinem Eintritt ins Spital schon ein ganzes Jahr verflossen ist, ein merkwürdiges Jahr, in dem gar nichts geschehen ist."

Ueber den Mechanismus aller dieser Störungen des Gedächtnisses stellt Janet die folgenden Betrachtungen an. Die hysterischen Amnesien, wie tiefgreifend und lange dauernd sie auch sein mögen, beruhen niemals auf einem Zugrundegehen von Gehirnzellen und sind somit im Grunde genommen niemals irreparabel. Vielmehr findet die Conservirung der Erinnerungsbilder in einer tieferen Sphäre des Bewusstseins statt, was durch ihr Auftauchen in den Träumen des natürlichen Schlafes und in der Hypnose bewiesen wird. Hat somit die Conservirung der empfangenen Eindrücke nicht gelitten, so ist die amnestische Störung aber auch nicht in dem Fehlen der Reproduction zu suchen. Janet behauptet vielmehr, dass auch das Reproductionsvermögen der Erinnerungsbilder ein ungestörtes sei und beweist diesen Satz an Hand eines Falles, wo durch directe Fragen und durch Suggestion kein Aufschluss über die amnestische Zeit zu bekommen war, wohl aber wenn man zuvor die Aufmerksamkeit der Kranken durch ein Gespräch, durch Lesen oder durch ein Rechenexempel ablenkte. Gab man ihr in diesem Zustande einen Bleistift in die Hand und flüsterte ihr eindringlich eine Frage zu, so erfolgte in der Regel eine richtige schriftliche Antwort. Da also die Störung weder in der Conservirung noch in der Reproduction der Erinnerungen zu suchen ist, so muss schon beim intacten Gedächtniss noch ein dritter Factor im Spiele sein, welchen Janet als Perception presonelle des souvenirs bezeichnet und dessen Aufgabe darin besteht, die frisch auftauchenden Erinnerungsbilder mit den übrigen das Gedächtniss ausmachenden zu verknüpfen und dadurch in's Bewusstsein der Persönlichkeit treten zu lassen. Bleibt diese Perception personelle aus, so kommt es nicht zu einer Verknüpfung der Erinnerungen mit der übrigen Persönlichkeit und die Folge ist die Amnesie der Hysterischen.

Ein genau beobachteter Fall ist der von Séglas und Sollier[1]) publicirte. Eine 43jährige Frau, in deren Vorleben sich unzweifelhaft hysterische Züge finden und die nach ihrer Verheirathung häufig in spiritistischen Kreisen verkehrte, erkrankt im Wochenbett an einer

[1]) Arch. de Neurol., Nr. 60. 1890.

acuten Psychose, in deren Verlauf als wesentliches Symptom eine beträchtliche Amnesie zu Tage tritt. Diese erstreckt sich sowohl auf die Vergangenheit, so dass die Patientin über ihre Niederkunft, aber auch über noch viel weiter zurückliegende Dinge, wie ihr eigenes Geburtsjahr, gar keine oder nur höchst ungenaue Angaben machen kann, als auch auf die Gegenwart, derart, dass sie die Ereignisse und Vorgänge während ihres Spitalaufenthaltes vorweg wieder vergisst. Die hysterische Natur der ganzen Affection halten Séglas und Sollier erwiesen durch die in der Anamnese festgestellten hysterischen Sensationen und Anfälle, durch die gleichzeitig beobachteten Störungen der Sensibilität und Motilität und durch die ausserordentliche Suggestibilität im Wachen, wohingegen die Hypnose nie gelang. Zur Classification der Störungen des Gedächtnisses unterscheiden die beiden Autoren ein organisches und ein psychisches Gedächtniss. Die Störungen des organischen Gedächtnisses, das sich von dem psychischen im Grunde nur durch das Fehlen eines begleitenden Bewusstseins unterscheide, sind Schuld daran, dass die Patientin nicht mehr zu gehen und obwohl sie früher Nähterin war, nicht mehr zu nähen im Stande ist. Als letzte Ursache dieser verschiedenen Anomalien des motorischen Gedächtnisses werden die Störungen der Sensibilität herangezogen, die es der Patientin verunmöglichen, fortwährend über die Stellung ihrer Extremitäten orientirt zu sein, wie es zur Ausführung einer geordneten Bewegung nothwendig wäre. Was den Defect im sog. intellectuellen Gedächtniss anbetrifft, so heben Séglas und Sollier als auffällig und für das Verständniss der Störung wichtig hervor, dass sowohl die aus der Zeit vor der Erkrankung gebliebenen Erinnerungen als auch die wenigen während der Krankheit haften gebliebenen Eindrücke des Gesichtssinnes wiedergeben, so dass die Patientin z. B. ein einfaches Rechenexempel nicht zu lösen vermag, wenn es ihr mündlich aufgegeben wird, wohl aber ganz gut nach dessen Niederschrift. Ebenso erkennt sie ihre Aerzte sofort, wenn sie dieselben sieht, nicht aber, wenn sie nur deren Stimme hört. Aus dem undeutlichen Haften und theilweise vollkommenen Fehlen der Erinnerungen erklärt sich auch die fehlerhafte Localisation der noch vorhandenen in der Zeit, so dass der Patientin gewisse Zeiträume als viel zu lang, andere als viel zu kurz erscheinen. Zum Beweise für die Richtigkeit ihrer Annahme, dass der gesammte Symptomencomplex, also auch die motorischen Störungen, im Wesentlichen auf einer Amnesie beruhen, führen die beiden Autoren die Erfolge an, die sie mit einer methodischen Stärkung

des Gedächtnisses erreicht haben. Sie legten es dabei insbesondere darauf an, optische Erinnerungsbilder einprägen zu lassen. So wurde der Gang dadurch gebessert, dass die Patientin aufmerksam den Gang anderer Leute beobachten musste, wichtige Daten und Ereignisse wurden durch intensives Betrachten des geschriebenen Wortbildes fixirt.

In dem Falle von Charcot,[1]) über den auch Souques[2]) detaillirt berichtet, verfällt eine Frau im Anschluss an eine falsche Nachricht über den plötzlichen Tod ihres Mannes in ein Delirium mit schreckhaften Hallucinationen, das drei Tage dauert, unterbrochen durch einen eintägigen lethargischen Zustand. Nach dem Aufhören des Deliriums bleibt eine ausgedehnte Amnesie zurück. Die Erinnerung an einen sechs Wochen umfassenden Zeitraum, der der Erkrankung unmittelbar vorangeht, ist vollständig erloschen, und die Patientin vermag sich nicht zu erinnern, dass sie von einem tollen Hunde gebissen wurde, nach Paris reiste und dort im Institut Pasteur behandelt wurde. Diesen Theil der Amnesie bezeichnet Charcot als retrograd, da er sich über eine Zeit erstreckt, zu welcher die Patientin nachweislich keine Spur einer geistigen Erkrankung darbot. Für weiter zurückliegende Ereignisse ist das Gedächtniss von normaler Schärfe. Dagegen hat das Gedächtniss auch eine den Anfall über dauernde ernste Störung erlitten, die damals schon vier Monate dauerte und als allgemeine anterograde Amnesie bezeichnet wird. Sie besteht darin, dass die Patientin von Minute zu Minute alle sie treffenden Eindrücke vergisst, so dass ihr ihre Umgebung in jedem Augenblick neu und unbekannt erscheint. Trotz der scheinbar äusserst schweren Form der vorliegenden Störung schliesst Charcot doch das Vorhandensein eines destructiven Processes aus und schreibt ihr einen rein dynamischen, also restituirbaren Character zu, weil die Amnesie ganz plötzlich im Anschluss an einen psychischen Insult und einen hysterischen Anfall aufgetreten ist, weil die Patientin häufig im Schlafe von Begebenheiten spricht, für die sie im Wachzustand amnestisch ist und weil es in der Hypnose gelungen ist, die Erinnerungen lückenlos wieder auftauchen zu lassen, für die retrograde wie für die anterograde Periode der Amnesie. Charcot kommt zum Schluss, dass die Amnesie in diesem Falle als eine bis anhin unbekannte Verlängerung und Transformation eines hysterischen Anfalles aufzufassen ist.

---

[1]) Revue de Médecine, Bd. XII. 1892.

[2]) Revue de Médecine, Bd. XII. 1892.

Toulouse[1]) ist der Meinung, dass die meisten bisher bekannt gewordenen Fälle von Amnesie der Hysterie angehören; in dem von ihm selbst beobachteten Fall dagegen soll ätiologisch ein psychisches Trauma allein wirksam gewesen sein. Die Patientin, die eine Feuersbrunst durchmacht, verliert darnach fast völlig die Erinnerung an die Catastrophe, gleichzeitig aber auch fast über ihr ganzes früheres Leben, so dass sie über ihre Verwandten, ihr Alter, ihre Kinder, ihre Wohnung entweder gar keine oder nur unsichere, sich widersprechende Angaben zu machen vermag. Doch auch für die dem Unglück nachfolgende Zeit bis hinauf zur Gegenwart hat ihr Gedächtniss bedeutend gelitten, so dass sie sich in den Strassen verirrt, ihr Bett am Abend nicht mehr findet, überhaupt alle Eindrücke gar nicht oder doch nur flüchtig haften. Dagegen ist das sog. organische Gedächtniss vollkommen intact geblieben, so dass die Patientin in Sprache, Schrift, im Gang etc. keine Veränderungen zeigt. Alle auf die Annahme eines sog. zweiten Bewusstseins basirenden therapeutischen Versuche, so auch die Hypnose blieben erfolglos. Aus dem jahrelangen Bestehen der Amnesie, aus ihrem fortschreitenden Character, aus dem Alter der Patientin und aus dem Fehlen jeglicher Anhaltspunkte für die Annahme einer sog. doppelten Persönlichkeit schliesst Toulouse, dass es sich trotz der Entstehung im Anschluss an ein schädigendes psychisches Moment, nicht um eine Störung hysterischer, also functioneller Natur handelt, vielmehr, dass der Gedächtnissverlust ein bleibender und unersetzlicher sei.

In einem von Strümpell[2]) mitgetheilten Fall handelt es sich um eine Amnesie von rein retrogradem Character. Ein Mann, der nach einem Trauma an epileptischen Anfällen erkrankt und ausserdem noch ein Kopferysipel durchmacht, verliert in der Reconvalescenz die Erinnerung für einen drei bis vier Monate umfassenden, der Verletzung unmittelbar vorangehenden Zeitraum, ohne dass sich bis jetzt der Defect wieder hergestellt hätte. Als Aetiologie, die für eine solche retrograde Amnesie in Betracht kommen kann, führt Strümpell ausser Kopfverletzungen noch an: Erhängungsversuche, Vergiftungen, Infectionskrankheiten und Epilepsie. Er zählt den von ihm beobachteten Fall zu den organisch bedingten, unheilbaren Amnesien, deren Wesen auf einem Verlust der Erinnerungsbilder beruhe, im Gegensatz zu den

[1]) Arch. de Neurol., Bd. XXVIII. 1894.

[2]) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. VIII.

heilbaren hysterischen Amnesien, bei denen die Ursache der Störung in einer Hemmung der associativen Vorgänge liege.

Endlich will ich noch die Fälle anführen, die Alzheimer[1]) als rückschreitende Amnesien auf epileptischer Grundlage entstanden publicirt hat. Im ersten Falle verliert der Patient im Anschluss an gehäufte epileptische Anfälle nicht nur die Erinnerung für diese Zeit der Anfälle, sondern auch noch für einen vorausgehenden Zeitraum von ca. 1½ Jahren, in welchen unter Anderem eine Reise von Russland nach Frankfurt a. M. fällt. Er hat keine Erinnerung für die zwei jüngsten seiner vier Kinder und kann nicht begreifen, wieso er sich mitten im Winter und in der Stadt Frankfurt befindet, da er doch in der letzten ihm erinnerlichen Zeit bei Sommerhitze in einer russischen Werkstätte arbeitete. Allmählich fand eine Wiederherstellung des Gedächtnisses statt; doch musste die Beobachtung abgebrochen werden, noch bevor eine vollkommene Restitution stattgefunden hatte. Als Beweis, dass es sich wirklich um eine retrograde Amnesie und nicht um einen sehr lange dauernden epileptischen Dämmerzustand handelt, führt Alzheimer das vollkommen geordnete Handeln des Patienten in der Zeit, für die er amnestisch ist, an; ferner die Grösse des Zeitraumes, über den die Amnesie sich erstreckt und die Thatsache des Wiederauftauchens der scheinbar verlorenen Erinnerungen. Als besonders characteristisch für die auf epileptischer Basis beruhende Amnesie bezeichnet er die Erfahrung, dass es dem Epileptiker keine Ruhe lässt, bis er die Gedächtnisslücke so gut wie möglich durch die Aussagen Anderer ausgefüllt hat, während bei der hysterischen Amnesie der Erinnerungsausfall dem Patienten kaum bewusst wird und ihn nur wenig beunruhigt. Die beiden anderen Fälle Alzheimer's betreffen ebenfalls Epileptiker, bei denen nach schweren Anfällen eine mehrere Wochen umfassende rein retrograde Amnesie auftrat. Die eine dieser Beobachtungen ist dadurch besonders sicher und zuverlässig, dass der Patient sich schon zu einer Zeit, für die später vollkommene Amnesie auftrat, in ärztlicher Beobachtung befand und ein Dämmerzustand dadurch sicher ausgeschlossen war. Eine Erklärung des Wesens der Amnesie versucht Alzheimer nicht zu geben; vielmehr verweist er nur als Analogien auf die auch bei normalen Menschen häufig vorkommenden, allerdings nur kurzen Amnesien beim Erwachen aus dem Schlaf, nach Ohnmachten und nach Trauma.

[1]) Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. LIII. 1897.

Mehr aus Interesse für die dabei beobachteten abnormen Bewusstseinszustände als speciell wegen der damit verbundenen Gedächtnissstörungen führe ich hier noch die beiden von Ribot (l. c. S. 61) citirten Fälle an, die Macnish und Azam beobachtet haben. Die Patientin von Macnish verliert nach einem langen Schlafe völlig das Gedächtniss für Alles, was sie bisher erlebt und erlernt hatte. Nach einem Zeitraum von einigen Monaten verfällt sie wieder in einen langen Schlaf und hat im Anschluss daran zwar ihr früheres Gedächtniss wieder gewonnen, dagegen alle Eindrücke der soeben vorangegangenen Epoche total vergessen. Der Wechsel dieser beiden Bewusstseinszustände dauert Jahre lang und jedem von beiden entspricht ein vollständig von dem anderen getrenntes Gedächtniss, so dass in der That die Einheit der Persönlichkeit vollkommen aufgehoben erscheint. Auch die sogen. organisirten Abschnitte des Gedächtnisses, auf denen die Fähigkeit zu schreiben, zu sprechen etc. beruht, sind hier von der Spaltung betroffen, so dass Sprache und Schrift in den beiden abwechselnden Bewusstseinszuständen verschieden sind.

Nicht so tief geht die Spaltung in dem anderen von Azam mitgetheilten Falle von periodischer Amnesie, resp. doppeltem Bewusstsein (Felida). Auch hier verfällt die Patientin abwechselnd in zwei verschiedene Bewusstseinszustände, im einen davon ist ihr Gedächtniss vollkommen erhalten, d. h. es umfasst lückenlos ihr ganzes Leben, im anderen dagegen verbleibt ihr nur die Erinnerung für die vorausgegangenen Zustände der gleichen Art. Da ja beide Fälle berühmt und deshalb sehr bekannt geworden sind, verzichte ich darauf, in Details einzutreten.

Nach dieser kurzen Zusammenstellung der wichtigsten mit unserem Falle in irgend einer Beziehung vergleichbaren Beobachtungen von Amnesie gehe ich nun zur genaueren Analyse unseres Falles über. Es handelt sich also um eine einen Zeitraum von ca. acht Monaten umfassende Amnesie, die man der Eintheilung Ribots folgend als temporär bezeichnen muss. Im Sinne Janets's kann man einen Augenblick im Zweifel sein, ob man die Amnesie als eine localisirte oder als systematisirte bezeichnen soll. Allerdings betrifft der Erinnerungsdefect einen ziemlich scharf abgrenzbaren Zeitraum und ist für diese Epoche nahezu total, was alles dem Wesen der localisirten Amnesien entspricht; andererseits aber findet sich am Anfang und am Ende des Defectes eine Zone, wofür die einen Erinnerungen noch verschwommen vorhanden sind, andere wieder ganz fehlen, und die fehlenden scheinen

gerade alles das zu umfassen, was mit der Anstellung, der Reise und dem Aufenthalt des Herrn N. in Australien zu thun hat; insofern finden sich ganz entschieden auch Anklänge an eine systematisirte Amnesie.

Setzt man, wie verschiedene der citirten Autoren dies thun, einen Werth darauf, zwischen einem höheren psychischen und einem tieferstehenden organischen Gedächtniss zu unterscheiden, so hat in unserem Falle sicherlich nur das Erstere, nicht aber das Letztere eine Störung zu verzeichnen, denn Sprache, Schrift, Gang etc. sind von der Amnesie unberührt geblieben und die Werthigkeit der Persönlichkeit des Patienten ist nach erfolgter Heilung gegen früher um nichts vermindert. Es ist auch sehr wahrscheinlich, dass Herr N. seine in Australien erweiterten Kenntnisse der englischen Sprache nicht wieder verloren hat, obwohl es schwierig ist, über diesen Punkt ein sicheres Urtheil zu gewinnen.

Für die ganze zwischen den beiden erwähnten Uebergangsperioden liegende Zeit war der Patient völlig anmestisch. Keine Frage, kein Zusammentreffen mit Bekannten aus der fraglichen Zeit, keine Photographien der Gegend, in der er gelebt, nicht einmal die eigenen dort verfassten Briefe vermochten es, im Gehirne des Patienten ein entsprechendes bekannt vorkommendes Erinnerungsbild aufzuwecken oder zur Anknüpfung mit anderen solchen zu führen, ausgenommen die wenigen in der Krankengeschichte ausführlich mitgetheilten Episoden mit den Kindern des Herrn D., mit der Trambahn in Z. etc., die wie einzelne zusammenhangslose Inseln im Ocean des Dunkels erscheinen. Und doch waren die Eindrücke der ganzen Zeit nicht spurlos an Herrn N. vorübergegangen; nein, sie waren aufbewahrt im Gehirn des Patienten; aber erst der Suggestion im hypnotischen Zustand und zwar einer methodisch und mit recht viel Geduld durchgeführten suggestiven Behandlung war es vorbehalten, das scheinbar Vergessene mit aller Deutlichkeit im Oberbewusstsein wieder auftauchen zu lassen, so dass es nunmehr wieder einen Bestandtheil des normalen Gedächtnisses ausmacht. Auffällig und sehr interessant für die Psychologie des Gedächtnisses ist die Thatsache, dass die wenigen spontan und in den ersten Hypnosen wieder zum Vorschein gekommenen Erinnerungen Reproductionen von ursprünglichen Gehörseindrücken sind, wie der Name des Dampfers Orotava, des Kindes Alarich, das Sausen der Trambahn und dass auch später, als die Wiedererweckung der Erinnerungen in vollem Gange war, das erste was dem Patienten einfiel war häufig der Name eines Hotels oder etwas Aehnliches. Es hängt dies nicht etwa damit zusammen,

dass Herr N. von jeher gewohnt gewesen wäre, sich ganz besonders auf sein Gehör zu verlassen, im Gegentheil, er hält sich sogar für etwas schwerhörig. Im Gegensatz zu der oben erwähnten Beobachtung von Séglas und Sollier spielen die Erinnerungsbilder von Gesichtseindrücken hier, wenigstens anfänglich, gar keine oder doch nur eine secundäre Rolle oder erscheinen sogar gefälscht, so dass sich z. B. die über das Aussehen der beiden Kinder des Herrn D. gewonnene Vorstellung gar nicht mit der Wirklichkeit deckt.

Wir legen uns nun die Frage vor, ist die beobachtete Amnesie in ihrer ganzen Ausdehnung homogener Natur oder lassen sich dabei verschiedene ungleichwerthige Abschnitte unterscheiden. Die Beantwortung dieser Frage würde uns von vornherein sehr leicht fallen, wenn wir genau den Zeitpunkt kennen würden, zu dem die die Amnesie auslösende Ursache wirksam gewesen ist. Es ist dies ja bei den Störungen des Gedächtnisses nicht so einfach, wie bei den anderen Erscheinungen des täglichen Lebens, wo wir gewöhnt sind, das Wirksamwerden einer Ursache als unmittelbar dem Eintritt der Störung vorausgehend zu betrachten. Sofern wir nicht Gelegenheit hatten, die Entstehung der Gedächtnisslücke selbst zu beobachten, so können wir nachher aus der complet gewordenen Amnesie wohl die Zeitdauer, über die sie sich erstreckt, nicht aber die Zeit ihrer Entstehung erschliessen. Es scheint mir nun fast absolut sicher annehmbar und beweisbar, dass auch in unserem Falle, wie in so manchem der oben angeführten, die Ursache der Amnesie und damit deren Eintritt nicht am Anfang der Periode, für die der Patient amnestisch ist, sich ereignet habe und dass wir es also hier ebenfalls mit einer Gedächtnissstörung von zum Theil retrogradem Typus zu thun haben.

Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir den Eintritt der Störung in die Zeit kurz nach jener fieberhaften Erkrankung verlegen, die Herr N. in der australischen Stadt O. zu überstehen hatte, ja wir können noch viel genauer präcisiren, es muss die Umwälzung in seinem Centralnervensystem im Verlauf jener nächtlichen Eisenbahnfahrt von O. nach Z. zurück stattgefunden haben. Für diese Behauptung stehen uns zweierlei Beweise zur Verfügung, einerseits die Beobachtungen dritter Personen, bei denen Erkundigungen über das Verhalten des Herrn N. während seines Aufenthaltes in Australien und seiner Ankunft in Europa eingezogen wurden, andererseits die Aussagen des Patienten selber, nachdem er durch die suggestive Therapie wieder in den Besitz des Erinnerungsvermögens für die fragliche Zeit gesetzt worden war.

Aus den Erkundigungen bei verschiedenen Persönlichkeiten ergiebt sich, dass bis zu seiner Erkrankung in O. sein Verhalten völlig normal und dem Zweck seiner Thätigkeit entsprechend war. Dies beweisen die Aussagen der Personen, mit denen er bis zum erwähnten Termine regelmässig verkehrte, sowie auch seine zahlreichen Briefe, in denen sich keine Spur eines pathologischen Geisteszustandes niedergelegt findet. Nach der Erkrankung dagegen ändert sich sein Verhalten. Er sendet nach seiner Ankunft in Z. das versprochene Telegramm nicht ab, er erkennt am Bahnhof in L. die Dame, die ihn begrüssen will und die er einige Wochen zuvor mehrfach gesprochen hatte, nicht mehr. Ohne einen Menschen, weder seine Vorgesetzten noch seine Angehörigen davon zu benachrichtigen, schifft er sich nach Europa ein und landet dann in Europa, reist rasch durch Italien nach Zürich und lässt sich hier nieder. Einige Wochen lang führt er hier ein äusserlich zwar ganz geordnet erscheinendes Leben, in dem dunkeln Gefühl, er sei zu seiner Erholung von seiner Heimath A. direct hierher gereist, um hier seiner Gesundheit und kleineren Vergnügungen zu leben. Konnten wir schon aus diesen relativ spärlichen Angaben mit ziemlicher Sicherheit die Vermuthung schöpfen, dass der Eintritt der Amnesie zu dem oben bezeichneten Zeitpunkt stattgefunden habe, so wurde diese Vermuthung vollkommen bestätigt und zur Gewissheit, als wir auch in den Besitz der Aussagen des Kranken selber kamen. Wie früher schon angeführt, giebt Herr N. nunmehr mit Bestimmtheit an, dass er beim Antritt der Reise von O. zurück nach Z. noch bei völlig klarem Bewusstsein war und im Sinne hatte in Z. seine völlige Genesung abzuwarten, um dann nachher zur Weiterführung seiner Aufgabe nach O. zurückzukehren. In Z. angekommen, muss er von dem allem nichts mehr gewusst haben; vielmehr fühlte er sich plötzlich ganz fremd in der Stadt, hatte keine Ahnung mehr, dass er ja hier eine Wohnung, den grössten Theil seiner Effecten, eine ganze Reihe von Bekannten besass. Ohne zu wissen, dass er ja in Australien einen verantwortungsvollen Posten übernommen hatte und von einem unbestimmten Gefühle geplagt, er sei ja nicht da, wo er hin gehöre, löst er sich gleich ein Billet zur Weiterfahrt, verbringt dann die Zeit bis zur Abfahrt des Zuges im nächsten kleinen Hotel, da der Bahnhof der Wartesäle ermangelt. Er reist mit seinen aus O. mitgebrachten für die lange Seefahrt ganz unbrauchbaren Effecten ab und lässt alles Uebrige in Z. liegen, da er nichts mehr davon weiss. Nach langer Fahrt erreicht er die Stadt L., die er ja ebenfalls gut kennen sollte, aber hier wiederholt sich derselbe Vor-

gang. Die Stadt ist ihm völlig fremd, er ist sich nicht bewusst, vor wenigen Wochen sich hier aufgehalten zu haben, eben so wenig, dass er auch hier gute Freunde hat. Wieder logiert er sich in nächster Nähe des Bahnhofs in primitivster Weise ein, kauft sich ein Billet nach Europa, von demselben dunkeln Drange getrieben, ohne Kenntniss eines eigentlichen Motives. Mit dem ersten besten Dampfer reist er nach Europa hinüber, führt an Bord des Schiffes ein zurückgezogenes unthätiges Leben, landet wohlbehalten in Neapel und reist direct nach Zürich. Warum? — Das weiss er nicht. In Zürich hat er noch eine verschwommene Erinnerung an den letzten Theil der Seereise, was ihn aber nicht hindert zu glauben, er sei von seiner Heimat A. direct hergereist und obwohl dazwischen ein Zeitraum von mehreren Monaten liegt. Dass seine Eltern, seine übrigen Angehörigen in grösster Angst um ihn leben, dass er ihnen schon seit Wochen Nachricht schuldig ist, daran kommt dem sonst so anhänglichen Sohn kein Gedanke und zum ersten Mal lässt er den Geburtstag seiner Mutter vorübergehen, ohne ihrer zu gedenken. Erst mit dem Lesen des betreffenden Zeitungsartikels, dessen Wirkung noch unterstützt wird durch die Auffindung seines Reisepasses, ändert sich die Situation mit einem Schlage.

Aus all dem geht mit Sicherheit hervor, dass Herr N. im Anschluss an seine Erkrankung in O. und zwar auf der Fahrt von O. nach Z. den Zusammenhang mit seinem früheren Leben plötzlich verloren hat und dass er dabei in einen völlig anderen Bewusstseinszustand hineingerathen ist, in dem er wochenlang verweilt hat. Dieser Zustand muss als ein traumhafter Dämmerzustand aufgefasst werden und deckt sich ungefähr mit dem, was französische Autoren, vor Allem Charcot, als Automatisme ambulatoire bezeichnet haben. Diese letztere Bezeichnung ist wenig zutreffend, da ja dabei nicht längst eingelernte Handlungen einfach automatisch, ohne vom Bewusstsein beleuchtet zu werden vollzogen wurden, sondern der Patient hat in diesem Zustand eine so complicirt zusammengesetzte Handlung, wie es eine Reise von Australien nach Europa ist, richtig und ohne Fährde durchgeführt. Sicherlich hat er diese lange Reihe von Handlungen nicht unbewusst ausgeführt, wohl aber nicht in der gewohnten Beleuchtung des normalen wachen Oberbewusstseins, sondern in einer anderen Bewusstseinssphäre, deren wesentlichstes Merkmal darin besteht, mit dem Inhalt des Oberbewusstseins des früheren Lebens keine oder nur zerrissene Anknüpfungspunkte zu besitzen, also von diesem dissociirt zu sein. Aber ausserdem zeigen sich die Vorstellungen dieser ganzen Zeit unter sich wie

im Traume vielfach dissociirt. In Z. und L. weiss er noch, dass er sich in Australien befindet (obwohl er nicht mehr weiss, wie er hinkam). In Neapel und Zürich weiss er dies, aber nicht mehr, u. dgl. mehr. Ein prachtvoller Beweis dieser Dissociation ist sein gedankenloses Leben in Zürich, wo er weder an seine Eltern, noch an das, was er in den vorhergehenden acht Monaten gethan haben mochte, denkt, jeden Tag seinen gewohnten Spazierweg macht und sein mitgebrachtes englisches Geld allmählich verbraucht, ohne sich auch nur im mindesten um Vergangenheit und Zukunft zu bekümmern. Es ist dies ja ein dissociirter Dämmerzustand, ähnlich wie wir ihn im Schlaf finden und ächt hysterischer Natur. Denselben Zustand müssen wir nun für die ganze Reise von dem mehrfach erwähnten Zeitpunkt an bei Herrn N. voraussetzen und so wird es uns erklärlich, wieso der Patient die beiden australischen Städte Z. und L., in denen er sich einige Tage resp. Wochen zuvor aufgehalten hatte, nicht mehr als ihm bekannt ansah, seine Wohnung, von der er nichts mehr wusste, nicht aufsuchte und so rasch als möglich ein Land verliess, zu dem für ihn nicht mehr die geringsten Beziehungen vorhanden waren. Für die Zeit dieses Dämmerzustandes ist nun Herr N. ebenfalls amnestisch gewesen, jedoch beruht diese Amnesie nicht auf demselben Mechanismus wie der zuerst besprochene retrograde Abschnitt derselben. Von den Eindrücken, die während des Dämmerzustandes auf ihn eingewirkt haben, wusste der Patient deshalb im normalen Wachzustande nichts mehr, weil die ganze Gehirnthätigkeit eine dämmernde, d. h. theilweise dissociirte war (Condition seconde, pathologischer Schlafzustand, zweites Bewusstsein) und nur unvollständig mit dem später wieder erlangten normalen Inhalt des Oberbewusstseins associirt wurde. Für die Eindrücke der vorhergehenden Zeit dagegen bestand Amnesie, weil durch das Dazwischentreten des Dämmerzustandes die Associationsbrücke, die zu den im Gehirn schlummernden Erinnerungsbildern führte, abgebrochen war.

Wenden wir uns nun etwas genauer der Art und Weise zu, wie die Wiederherstellung des Gedächtnisses gelang. Dass spontan und durch einfaches Befragen im Wachzustand nur ein sehr unvollkommenes Resultat erzielt wurde, ist oben bereits erwähnt worden und die wenigen in Betracht kommenden Punkte sind dort genau besprochen worden. Der Kranke kam überhaupt nur ungern auf die ganze Angelegenheit zu sprechen und zeigte eher ein gewisses Widerstreben gegen jede Beschäftigung mit der für ihn peinlichen Situation. Auch die Hypnose schien anfangs im Stiche lassen zu wollen und die paar damit anfäng-

lich erzielten Fortschritte haben ebenfalls in der mitgetheilten Krankengeschichte ihre Würdigung erfahren. Prof. Forel sah aber bald ein, dass er doch in der suggestiven Therapie das richtige Heilmittel gefunden hatte und dass nur die Methode ihrer Anwendung bisher eine unzweckmässige gewesen sei. Denn so lange der Versuch gemacht wurde, Erinnerungen mitten aus der vergessenen Zeit heraus durch Suggestion wieder bewusst werden zu lassen, blieb der Erfolg aus und erst als die Suggestionen an die letzte noch in Erinnerung stehende Zeit anknüpften, war alsbald ein Fortschritt zu constatiren. Es war dem Patienten offenbar unmöglich, durch die Masse der nur unterbewusst im Gehirne aufbewahrten und durch die Abreissung der Verbindung mit dem oberbewusst erinnerlichen Associationscomplex bereits etwas verblassten Erinnerungsbilder hindurch sich durch associative Thätigkeit den Weg zu den in der Hypnose verlangten Erinnerungsbildern anzubahnen. Als nun einmal der richtige Pfad betreten worden war, ging die Erweckung des Gedächtnisses, resp. die suggestiv hervorgerufene Wiederbelebung der Gedächtnissspuren rascher von statten, und die in und nach der Hypnose auftauchenden Erinnerungsbilder blieben fortan auch im normalen Wachzustande bewusst; ja sie gewannen sogar an Schärfe und manches, was dem Patienten unmittelbar nach der Hypnose nur gleichsam so dunkel aufdämmerte, wusste er nach Verlauf von ein bis zwei Tagen mit voller Bestimmtheit und Schärfe wieder. Allein auch da zeigte sich wieder, wie ausserordentlich gehemmt die associative Gehirnthätigkeit sein musste; denn niemals war der Patient im Stande etwas zu erzählen, was über den Rahmen der Zeit hinausging, für die ihm gerade die Fähigkeit der Wiedererinnerung suggerirt worden war. Erst jetzt, nachdem Herr N. wieder über sein völliges Erinnerungsvermögen für die ganze Epoche verfügt, ist es ihm möglich, im Laufe des Gespräches allerlei bisher nicht producirte Erinnerungen an verschiedene Episoden und Begebenheiten einzuflechten. Eine Zeit lang schien es, als ob mit dem Eintritt des von Prof. Forel ja schon vorher diagnosticirten und auch zeitlich richtig localisirten Dämmerzustandes der Faden der Erinnerung plötzlich abschneiden wolle, denn in einer Reihe von darauf gerichteten Hypnosen war kein Fortschritt zu erzielen. Wiederum erwies sich das schon einmal angewandte Mittel wirksam und es wurde nun der Rest der Gedächtnisslücke in grösstentheils rückschreitender Weise anknüpfend an den letzten von vornherein ja nicht gänzlich vergessenen Theil der im Dämmerzustand erfolgten Heimreise ausgefüllt. Es war

also leichter, die Vorstellungen des Dämmerzustandes mit solchen aus dem gleichen Dämmerzustand, die noch erinnerlich waren, zu associiren, als mit solchen aus dem vorangehenden Normalzustand. Die grössten Schwierigkeiten bot die Zeit unmittelbar nach Eintritt des Dämmerzustandes selber; doch gelang den unablässigen Bemühungen Prof. Forel's schliesslich auch dies und er konnte damit die Genugthuung erleben, in einer bis dahin wohl beispiellos dastehenden Weise dem Patienten die Erinnerung an einen ca. acht Monate umfassenden total vergessen gewesenen Zeitraum wiedergegeben zu haben, obwohl ein grosser Theil derselben in einem Dämmerzustand verlebt worden war.

Zu Janet's „perception personelle" möchten wir bemerken, dass eine solche Annahme uns völlig überflüssig erscheint, sobald wir das Bewusstsein nicht als eine besondere Hirnthätigkeit auffassen. Das Unterbewusste gehört zur Person so gut wie das Oberbewusste. Es fehlt nur an der Association zwischen jenen beiden Abtheilungen der Gehirnthätigkeit, deren Qualität uns selbst verschieden erscheint, weil die eine mehr dissociirt ist als die andere. Die Thatsache eines hemmenden, dissociirenden oder umgekehrt eines associirenden, bahnenden Vorgangs erfordert nicht die Annahme eines besonderen neuen Etwas, einer „perception personelle".

Wenn wir das jetzt wiederhergestellte Gedächtniss für den retrograden Abschnitt und für den Dämmerzustand miteinander vergleichen, so sind dabei sehr wesentliche Unterschiede nicht zu constatiren. Auch für den Dämmerzustand ist die Erinnerung eine ganz deutliche geworden, wenn sie vielleicht auch nicht so scharf hervortritt wie diejenige für die vorangehende Periode. Während aber für die Zeit vor dem Dämmerzustande der Patient sich auch genau der Motive zu seinem Thun und Treiben erinnert und ebenso die aus seinen Beobachtungen gezogenen Schlüsse und Urtheile wieder weiss, so besteht die Erinnerung für die Zeit des Dämmerzustandes mehr nur aus einer Aneinanderreihung nackter Thatsachen, für welche es dem Patienten auch mit dem besten Willen nicht gelingen will, vernünftige, sie verbindende Motive herauszufinden. Der logische Zusammenhang seiner Handlungen im Dämmerzustand ist ein höchst mangelhafter und Herr N. bezeichnet es als ein Glück, dass er Geld genug in der Tasche gehabt habe; sonst hätte er, meint er, in L. jämmerlich zu Grunde gehen müssen.

An dieser Stelle möchte ich noch auf einen Einwand eingehen der uns a priori gemacht werden muss. Sind die im Anschluss an d Hypnosen producirten Erinnerungen unter Umständen nicht Kun

producte dieser Suggestionen, die als suggerirte Erinnerungsfälschungen oder sogen. retroactive Hallucinationen bezeichnet werden müssen? Dem ist aber entgegenzuhalten, dass die gegebenen Suggestionen stets nur die groben Umrisse darstellten für das, woran sich der Patient wieder erinnern sollte und sich stets auf die Angabe eines Zeitabschnittes, einer Oertlichkeit u. dgl. beschränkten, auf deren Details sich nun Herr N. concentriren sollte. Die Details waren also nicht in der Suggestion enthalten, schon aus dem guten Grunde, weil weder Prof. Forel noch die übrigen etwa Anwesenden von solchen überhaupt eine Kenntniss hatten, vielmehr widersprachen sie nicht selten direct und bedeutend der gehegten Erwartung. Ausserdem wurde alles so nüchtern und phantasielos, so klar und übereinstimmend vorgebracht, dass die dabei mitwirkenden Aerzte a priori von der Realität der Erinnerungen überzeugt werden mussten, denn es klang ganz anders als Träume und Erinnerungsfälschungen. Um dennoch nichts zu versäumen, was zur Klarlegung des interessanten Falles beitragen konnte, wurden über eine Reihe von Punkten, bei denen es ohne grossen Zeitverlust möglich war, Informationen eingezogen und diese ergaben, dass die wiedergewonnenen Erinnerungen bis auf die kleinsten Einzelheiten mit den durch Andere objectiv festgestellten Thatsachen übereinstimmten.

Wenn wir endlich daran gehen, den Fall nach seiner ätiologischen Seite hin aufzuklären, so haben wir dabei zwei Dinge wohl auseinander zu halten, das auslösende Moment und die eigentliche in einer besonderen Veranlagung des Gehirns zu suchende Ursache, die es einem sonst harmlosen Factor möglich machte, eine so bedeutende Functionsstörung hervorzurufen. Auslösend hat offenbar der im Innern Australiens in O. durchgemachte Fieberanfall, resp. die daraus resultirende Erschöpfung gewirkt, wobei noch als besonders begünstigendes Moment eine sehr lange nächtliche Eisenbahnfahrt hinzukam. Nach den vorliegenden Berichten ist mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die fieberhafte Erkrankung ein Anfall von Dengue-Fieber war, einer Infectionskrankheit, die in vielen Beziehungen Aehnlichkeit mit der Influenza hat (vgl. Nothnagels spec. Pathol. und Therap.) und nach welcher nervöse Complicationen kein seltenes Vorkommen sein sollen. Es ist mir allerdings nicht gelungen, in der Literatur einen Fall von amnestischer Geistesstörung im Anschluss an eine Infectionskrankheit aufzufinden und es stellt somit unser Fall eine Bereicherung der Casuistik über psychische Erkrankungen nach Infectionskrankheiten vor.

Wie schon erwähnt, wäre auch offenbar bei unserem Patienten die

körperliche Erkrankung allein nicht im Stande gewesen, eine so bedeutende Störung in der Gehirndynamik hervorzurufen, wenn sie nicht ein dazu prädisponirtes Nervensystem vorgefunden hätte. Nun ist aber Herr N. entschieden väterlicherseits erheblich erblich belastet und auch aus seiner eigenen Anamnese ergeben sich genug Anhaltspunkte für die Annahme einer psychopathischen Anlage, die nur als hysterischer Art bezeichnet werden kann. Die in der Anamnese erwähnten Anfälle, die beobachteten vasomotorischen Störungen, der hier bei Gelegenheit der ersten Hypnose constatirte Anfall, dann das lebhafte Interesse, das der Patient allen Vorgängen an und in seinem Organismus entgegenbringt, lassen sich nur im Rahmen der Hysterie zu einem Bilde vereinigen, wenn auch eigentliche sogen. hysterische Stigmata fehlen. Vor Allem aber trägt die ganze hier niedergelegte Beobachtung ein exquisit hysterisches Gepräge, wie denn auch die meisten der oben angeführten Fälle analoger Art von den verschiedenen Autoren auf Hysterie zurückgeführt werden. Mit der Annahme, dass die Amnesie hysterischer Natur ist, ist sie auch als functionell festgelegt. Diese Annahme war für uns schon unzweifelhaft zu einer Zeit, wo die suggestive Therapie noch zu keinem Resultat geführt hatte. Der schliesslich erzielte Erfolg machte es dann zur Gewissheit, dass die Erinnerungsbilder in Wirklichkeit vorhanden waren, aber im gewöhnlichen Wachzustand nicht zum Bewusstsein kamen. Der Grund dafür kann nur in dem Mangel an Associationsfähigkeit, in dem dissociirten Zustand des Gehirns gesucht werden. Wie der Kern der hysterischen Psychosen überhaupt mehr und mehr in der grossen Neigung des Gehirns zu Dissociationen erkannt wird, so ist derselbe abnorme Zustand auch die Ursache des hier beobachteten Dämmerzustandes und der damit zusammenhängenden Amnesie und es verdienen die Amnesien in der That, wie Janet hervorhebt, als ein wesentliches Symptom der Hysterie genannt zu werden.

Für die Annahme einer epileptischen Psychose ergeben sich gar keine Anhaltspunkte. Die beobachteten Anfälle haben mit epileptischen Insulten nichts zu thun. Das freundliche und zuvorkommende Wesen, die geistige Begabung, die Lebhaftigkeit und Gutmüthigkeit, sowie das durchaus loyale Wesen des Patienten stechen vortheilhaft ab von dem reizbaren und jähzornigen, meist schwerfälligen, blöden oder unlauteren Wesen der Epileptiker. Endlich sind die Erfolge der suggestiven Therapie und die Art des Auftauchens der Erinnerungen nicht mit einer epileptischen Geistesstörung in Einklang zu bringen.

Nur mit wenigen Worten sei der Vollständigkeit halber darauf hingewiesen, dass jeder Verdacht auf Simulation der Amnesie auszuschliessen ist. In dieser Beziehung ist darauf aufmerksam zu machen, dass im vorliegenden Falle nicht wie so häufig in den Zeitraum, für den Amnesie besteht, eine Handlung fällt, die zu Conflict mit dem Strafgesetzbuch zu führen geeignet ist, vielmehr ist für unseren Patienten sein krankhaftes Handeln geradezu zu einer Fatalität geworden, indem es ihn von einer glänzende Aussichten bietenden Carrière abgebracht hat. Dann wäre es doch, wenn eine Täuschung beabsichtigt worden wäre, das Gegebene, die Amnesie als Ganzes oder doch sicherlich in ihrer zweiten Hälfte als irreparabel erscheinen zu lassen. Statt dessen begegneten wir bei Herrn N., gerade als es sich um jene kritische Zeit handelte, den eifrigsten Bemühungen, auch wieder in den Besitz dieser Erinnerungen zu gelangen. Fügen wir noch hinzu, dass Herr N. bereits früher einen langen überseeischen Aufenthalt in einem wilden Lande gemacht hatte, somit nicht aus Furcht oder Verzagtheit zur Rückkehr veranlasst worden sein kann. Und, wie schon gesagt, stammt er aus bester Familie und ist sein Character ein durchaus zuverlässiger.

Ich schliesse meine Arbeit mit dem Wunsche, dass der beschriebene Fall mit dazu beitragen möge, unsere Kenntnisse über zwei so interessante Gebiete, wie es die Psychologie und Pathologie des Gedächtnisses sowie die Lehre vom Hypnotismus und den verschiedenen Bewusstseinszuständen ist zu vermehren und zu vertiefen.

Es sei mir an dieser Stelle gestattet, meinem hochverehrten Chef und Lehrer Herrn Prof. Dr. A. Forel für die Anregung zur Abfassung dieser Arbeit und die freundlichen Ratschläge bei der Ausarbeitung derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Ein Fall von Scorbut und ein Fall von Anämie durch Hypnotismus geheilt.

Von

Dr. H. Bertschinger, Irrenheilanstalt Burghölzli-Zürich.

K., Wärter an der Irrenheilanstalt Burghölzli, jung, kräftig gebaut, sah während einiger Wochen blass aus, klagte über Müdigkeit, Kopfweh und zeitweise Appetitlosigkeit, ohne dass eine körperliche Anomalie an ihm nachzuweisen gewesen wäre. Verschiedene Stomachica und Roborantien wurden erfolglos angewandt. K.'s Zustand verschlimmerte sich zusehends, und er begann schliesslich auch über Schmerzen im Munde zu klagen. Die Untersuchung ergab nun scorbutische Erkrankung des Zahnfleisches. Dieser Befund war um so überraschender, als K. angegeben hatte, immer regelmässig wenn auch wenig, von der gemischten Wärterkost gegessen zu haben, und, ausgenommen in seltenen Fällen, bei Nahrungsverweigerung von Geisteskranken, nie andere Fälle von Scorbut in der Anstalt vorgekommen waren. Ein Patient der betreffenden Abtheilung erzählte dann, dass K. schon lange ausschliesslich Kartoffeln und nur wenig Suppe geniesse. K. bestätigte schliesslich diese Aussage und gab als Grund dieser einseitigen Ernährung an, dass er vor Monaten einmal ein Stück verdorbenen Fleisches gekostet habe und seither solchen Ekel davor empfinde, dass es ihm unmöglich sei, Fleisch zu geniessen, und da er von jeher kein Gemüse habe vertragen können ausser Kartoffeln, sei er gezwungen gewesen, sich darauf zu beschränken. Aus Furcht, zum Fleischgenuss gezwungen zu werden, habe er diesen Umstand verschwiegen. Es wurde nun sofort die gewöhnliche antiscorbutische Diät und Therapie zur Anwendung gebracht und, um K. zu ermöglichen, die gemischte Kost auch wirklich geniessen zu können, ihm in einer Sitzung die Suggestion gegeben, er habe nicht nur keinen Ekel mehr vor Fleisch, sondern fühle sogar ein lebhaftes Bedürfniss darnach, ausserdem könne er von allen andern Speisen geniessen und werde mit Freude bemerken, dass schon nach kurzer Zeit Uebelkeiten, Kopfschmerzen und Müdigkeit verschwinden werden. Nach dieser Sitzung empfand er sofort grossen Appetit, ass Braten und Gemüse, und verlor sein Kopfweh, klagte aber noch etwas über Druck im Magen, der aber in einer zweiten Sitzung leicht wegsuggerirt werden konnte und bleibend verschwand. Bei gutem Appetit und guter Ernährung heilte der Scorbut und alle andern Erscheinungen in wenigen Wochen vollständig aus und man wollte K. wieder auf gewöhnliche Wärterkost setzen, musste ihm aber noch in einer dritten Sitzung die Suggestion geben, dass er so weit hergestellt sei, dass er nun auch diese ertragen könne. Er selber war über den Erfolg der Hypnose so verblüfft, dass er voll

Schrecken erklärte, er wolle sich nicht mehr dazu hergeben, da jedenfalls dabei gezaubert oder die drei höchsten Namen angerufen würden.

M. S., Wärterin, 32 Jahre alt, war früher nie krank, immer regelmässig menstruirt, hatte nur etwas Schmerzen während der Periode. Seit dem 15. Jahre arbeitete sie als Dienstmädchen und ist seit 6 Jahren Wärterin. Im September 1897 litt sie oft tagelang an Kopfschmerzen, wurde bei jeder geringen Arbeitsleistung müde, konnte kaum mehr Treppensteigen, verlor den Appetit, war namentlich ausser Stande Fleisch, Käse, Gemüse zu essen. Sie wurde zunehmend blasser, der Hämoglobingehalt ihres Blutes betrug nur noch 45 %, andere körperliche Anomolien waren nicht vorhanden. Ende September wurde sie zum ersten Mal hypnotisirt und ihr die Suggestion des wiederkehrenden Appetites und guten Schlafes gegeben. Nach dreimaliger Wiederholung der Hypnose trat Besserung ein, das Kopfweh verlor sich, der Appetit kehrte zurück, unterstützt durch bessere Kost, die Müdigkeit verschwand nach und nach, sie konnte ohne Beschwerden sämmtliche Arbeit verrichten. Nach etwa 8 Sitzungen wurde die Behandlung abgeschlossen. M. S. sieht nun wieder blühend aus, fühlt sich völlig wohl und geniesst beschwerdelos und in ausgiebiger Weise die gewöhnliche Wärterinnenkost. Der Hämoglobingehalt stieg bis jetzt auf 67 %.

Wir glauben, diese beiden Fälle bieten dadurch ein gewisses Interesse, dass sie deutlich zeigen, wie die Hypnose auch bei solchen Krankheiten mit Erfolg angewandt werden kann, wo man a priori einen solchen kaum erhoffen zu dürfen glaubt, in dem man mit ihrer Hülfe Symptome und Nebenerscheinungen von Krankheiten bekämpfen kann, welche durch üble Beeinflussung des Allgemeinbefindens der Heilung entgegenwirken, oder die Krankheit unterhalten und verstärken oder gar indirect bedingen, wie in unserem Falle K., wo eine kleine Störung bei einem von Natur aus sehr suggestibeln Menschen einen unüberwindlichen Ekel vor gewissen Speisen und dieser hinwiederum eine ernste Erkrankung hervorgerufen hatte. Gewiss giebt es noch Hunderte von Fällen, wo ein ähnlicher Circulus vitiosus von Krankheitsursache und Krankheitssymptom durch Hypnotismus durchbrochen werden könnte und es ist nur zu bedauern, dass die Aerzte noch so wenig eingesehen haben, was für einen werthvollen Bundesgenossen im Kampfe gegen alle möglichen Krankheiten sie am Hypnotismus haben, und wie er gerade da mit besonderem Erfolg angewandt werden kann, wo, wie z. B. bei Anämie, chemische Präparate gar keinen oder doch keinen wesentlichen heilenden Einfluss auszuüben pflegen, sondern wo alles auf eine zweckmässige Ernährung ankommt, die einzuleiten häufig so ungemein schwer hält, weil die betreffenden Kranken in Folge von Autosuggestionen Ekel und Widerwillen gegen bestimmte, oft beinahe gegen alle Speisen empfinden.

Experimentelle Studien auf dem Gebiete des hypnotischen Somnambulismus.

Von

Dr. med. F. Köhler-Elberfeld.

Die folgenden Ausführungen stellen eine Wiederholung einiger von v. Krafft-Ebing und anderen Autoren angestellter Experimente dar. Gelegenheit bot mir dazu der Umstand, dass die Untersuchung einer Reihe von Patienten auf Disposition zur hypnotischen Beeinflussung mich zu der Entdeckung eines in ungewöhnlichem Maasse der hypnotischen Einwirkung zugänglichen Patienten führte.

Dementsprechend wenden sich die folgenden Ausführungen nicht an die Mitarbeiter dieser Zeitschrift. Sie enthalten für diese nichts Neues. Ich möchte vielmehr das mit mehreren Collegen Beobachtete und Geprüfte weiteren ärztlichen Kreisen vorlegen, hoffend, dass durch vorurtheilsfreie Kritik die Kenntniss der hypnotischen Thatsachen gefördert werde. Leider begegnet man ja gerade auf dem Gebiet des Hypnotismus noch immer oft einem Unglauben und einem mitleidsvollen Achselzucken bei solchen, die entweder, ohne sich mit den in Betracht kommenden Phänomenen beschäftigt zu haben, darüber zu urtheilen wagen, oder bei solchen, die zwar von Hypnotismus gehört und vielleicht experimentirt haben, aber weniger positive Resultate in Folge ihrer eignen unzureichenden Technik oder der mangelhaften Disposition ihrer Medien erlangt haben. Dieser Tendenz meiner Ausführungen entsprechend werde ich der Schilderung der Experimente die Besprechung einiger Punkte folgen lassen, die gerade für den Anfänger von Bedeutung sind.

Arthur Rieck, 22 Jahre alt, stammt aus angeblich gesunder Familie. Vater lebt, gesund, Mutter ist an einem Magenleiden gestorben. In seiner Jugend will er nie ernstlich krank gewesen sein, im 14. Lebensjahre erlitt er in Folge Unglücksfalles eine angeblich leichte Kopfverletzung; er giebt an, damals bewusstlos geworden zu sein und eine gewisse Gedächtnissschwäche bemerkt zu haben, auch führt er seine jetzt häufig hervortretenden Brustbeschwerden auf den Unfall zurück. Epileptische oder epileptiforme Anfälle sind nicht hervorgetreten, von einer nervösen Reizbarkeit ist durchaus nichts wahrnehmbar. Pat. ist ein ruhiger, mittelbegabter Mann. Von Seiten der inneren Organe ist abgesehen von den Symptomen einer geringgradigen Bronchitis nichts nachweisbar, was vom gesunden Verhalten abwiche.

Genaueres über Hypnose will er nie gehört haben. Ich suggerire ihm am 30. Juni d. J. in Anwesenheit der Herren E. und St., er werde nach kurzer Fixation meiner Augen einschlafen und beginne bald darauf die ersten Hypnotisirungsversuche. Nach wenigen Minuten nimmt das Gesicht den typischen Gesichtsausdruck des Hypnotisirten an.

Kataleptische Starre des rechten, dann des linken Armes auf Suggestion.

Sehr bald Somnambulismus.

Suggestion einer Bergparthie, Pat. steigt auf den vorgesetzten Stuhl, blickt durch die hohl gebeugte Hand, auf die Suggestion hin, Aussicht durch ein Fernrohr geniessen zu wollen.

Suggestion des Tanzbodens. Pat. will tanzen und verbeugt sich wie vor einer Dame als Aufforderung zum Tanze, tanzt Walzer und hört angeblich einen Walzer von Strauss spielen. — Trinkt aus leerem Glase „Bier“. — Suggestion einer Kreuzpolka. Pat. tanzt sofort in dem entsprechenden Takte.

Pat. trinkt ein Glas Wasser für kühles Bier und wünscht mehr zu trinken.

Suggestion, Pat. nehme aus der in Wirklichkeit leeren Hand des Hypnotiseurs eine Prise und niest mehrere Male kräftig. Die Wirkung derartiger Reflexsuggestionen ist besonders interessant.

Die Suggestion der Verbrennung und der unverzüglich entstehen sollenden Blase misslingt.

Wahrscheinlich bedarf es zu derartigen complizirten Vorgängen längerer Zeit, wie auch die positiven Ergebnisse dieser Experimente bei Krafft-Ebing, Jendrássik u. a. erst nach 12—24 Stunden eintraten.

Pat. streichelt einen suggerirten ins Zimmer laufenden Hund, schlägt aber nach ihm bei der Suggestion, der Hund gehe auf ihn los.

Schlusssuggestion: Nach 3 Minuten Wachsein solle Pat. mich kräftig auf die Schulter klopfen. Erweckung, vollständiges Wohlbefinden. Totale Amnesie.

Pat. unterhält sich 2 Minuten lang vollständig zwanglos, hört dann plötzlich im Gespräche auf, seine Miene nimmt einen starren Ausdruck an, er stürzt auf mich los und klopft mich energisch auf die Schulter, taumelt dann plötzlich zurück. Auf meine eindringliche Zurückweisung, dass ich mich gegen derartige Angriffe zu wehren wisse, erklärt er, keinen Angriff auf meine Person unternommen zu haben. Totale Amnesie.

Auf die an diese posthypnotischen Experimente angeknüpften Streitfragen komme ich später zurück.

Experimente am 5. Juli 1897.

Anwesend: Herr Lieutenant v. T., Herr E. Dr. Köhler.

Wiederholung mehrerer Experimente vom 30. Juni. Erweckung. Nunmehr genügt ein 5 Secunden langes Fixiren zur völligen Einschläferung.

Suggestion, Pat. sei 4 Jahre alt und könne noch nicht ordentlich schreiben. Aufforderung den eigenen Namen zu schreiben. Pat. schreibt mit sehr ungelenker Federhaltung seinen Namen.



Suggestion, Rechnen habe er wohl auch noch nicht gelernt. Auf die Frage, wieviel 2 × 20 mache, erfolgt keine Antwort.

Frage: 6 × 6? — Antwort: 24

Frage, ob er eine Puppe haben wolle. Pat. nimmt die ihm dargereichte Mütze und wiegt dieselbe nach Kindermanier unter befriedigtem Lächeln im Arm.

Suggestion, Pat. sei 12 Jahre. Pat. spricht auf die Suggestion hin, er habe seine — übrigens schon mehrere Jahre verstorbene — Mutter erzürnt, unter Annahme einer ernsten, bittenden Miene die Worte: „Mutter, verzeihe mir!" und streckt dabei die rechte Hand aus. —

Aufforderung, Pat. solle seinen Namen schreiben.

Verschiedene Rechenexempel:

Frage:	Antwort:
2 × 20?	40
6 × 18?	108
5 × 14?	70

Die Antwort erfolgt nur mässig prompt und mit gewisser Zögerung.

Nunmehr abermals Suggestion, Pat. sei erst 4 Jahre. Rechenexempel gelingen mit dem grossen Einmaleins nicht, kleine Exempel aus dem kleinen Einmaleins ergeben dasselbe Resultat wie oben.

Suggestion, Pat. sei 18 Jahre. Schriftprobe:

Folgende Rechenexempel werden jetzt schnell und sicher gelöst:

10 × 18 = 180
10 × 17 = 170
5 × 14 = 70
11 × 21 = 231
14 × 15 = 210

Verwandlung in Thiere: Suggestion, Pat. sei ein Hund. Bei der Aufforderung, er solle laufen, läuft er auf allen Vieren behende durchs Zimmer und ahmt das Bellen des Hundes in geradezu lächerlicher Weise nach.

Suggestion, er sei ein Löwe. Brüllen mit tiefer Stimme und langsamer Gang auf allen Vieren.

Suggestion, er sei ein Schwein ruft ein eigenthümlich lautendes Grunzen hervor.

Einwirkungen auf den Gesichtssinn: Auf Suggestion hin erkennt Pat. nur den Hypnotiseur, beim Vorwärtsschreiten stösst er gegen die Personen, deren Abwesenheit dem Pat. suggerirt worden, an und geht dann im Bogen um das vermeintliche Hinderniss als einem unbekannten Etwas herum.

Auf Suggestion erkennt Pat. überhaupt keine Personen. Ich setze mir eine Mütze auf, die Pat. nun in der Luft schwebend erkennt. Aufforderung, nach der Mütze zu haschen. Sobald ich die Mütze hinter meinem Rücken verstecke, sucht Pat. die Mütze überall in der Luft. Auf die Frage, wo die Mütze sei, erklärt Pat. sie für verschwunden, greift nicht etwa hinter meine Person, da ich für ihn verschwunden bin und gewissermassen ein Defect in seinem Gesichtsfeld vorhanden ist.

Verwandlung in ein Mädchen.

Pat. ahmt auf Suggestion, er sei ein Mädchen und müsse sich frisiren, vor einem angeblich vorhandenen Spiegel die Bewegungen der Toilette eines angeblichen Zopfes nach.

Auf Aufforderung zu singen, singt Pat. mit angenommener Sopranstimme: „Sah ein Knab' ein Röslein stehen."

Auf Aufforderung, Pat. solle Herrn E. mit einem Dolche erstechen, giebt er zur Antwort, das dürfe er doch nicht. Auf dringenden Befehl nimmt Pat. eine zu einer Röhre zusammengefaltete Zeitung und stösst mit grosser Energie auf Herrn E. los.

Erweckung. Totale Amnesie. Wohlbefinden. Nochmalige Einschläferung. Suggestion, nach dem Erwachen werde Pat. mich in einen rothen Mantel gehüllt sehen und zwar nach Verlauf von 5 Minuten.

Erweckung. Pat. geht hinunter auf den Hof, auf meine Aufforderung hin. Ich sehe ihn unauffällig im Hofe spaziren gehen. Nach 5 Minuten erblickt er mich oben am Fenster stehend, fängt plötzlich herzhaft zu lachen an und kommt wieder die Treppe hinauf. Er fragt mich, woher ich plötzlich an den Mantel gekommen sei, ich solle mich nur hüten, in dem Mantel mich sehen zu lassen.

Ich erkläre, der Mantel werde allmählich grün. Darauf lächelt Pat., starrt mich mit erstauntem Blick an und erklärt: „Das ist ja ein närrisch Ding!"

Auf Suggestion sieht Pat. aus meinem Kopfe Hörner hervorwachsen, „so was habe er doch noch nie gesehen". Angeblich ziehe ich nun den rothen bezw. grünen Mantel aus und fordere ihn auf, denselben anzuziehen. Pat. macht die Bewegung des Anziehens, während ich den suggerirten Mantel wie einen Überzieher in der Hand halte. Pat. betrachtet sich selber ganz verwundert.

Erwecken. Wohlbefinden. Totale Amnesie. Nun erkläre ich, Pat. von hinten hypnotisiren zu wollen. Ich stelle den Pat. gegen das Fenster und lasse ihn hinausschauen. Ich stehe hinter ihm und blicke theilnahmslos im Zimmer umher. Suggestion, die Hypnose werde nach 2 Minuten gelingen.

Nach 2 Minuten taumelt Pat. thatsächlich nach hinten zurück und wird

von dem anwesenden Herrn Lieutenant v. T. aufgefangen. Tiefer Somnambulismus.

Nach diesem Resultate gelingt also die Hervorrufung des hypnotischen Schlafes durch die blosse Vorstellung des Schlafes, ohne jede Fixation des Hypnotiseurs u. s. w. Dieses Experiment liefert den deutlichen Beweis, dass die Hypnose im Grunde genommen eine Autohypnose ist d. h. dass der eigentliche Hypnotiseur das Medium selber ist und zwar durch Vermittlung des Hypnotisirenden. Diese Ansicht ist nunmehr allgemein angenommen, von Bernheim,[1]) Krafft-Ebing[2]) besonders betont. Aehnlich dem von mir angestellten Experimente ist das von Forel angegebene, durch Photographie zu hypnotisiren. Das Wirksame ist auch hier die Suggestion, das Anblicken der Photographie werde einen hypnotischen Schlaf verursachen.

Suggestion, nach dem Erwachen werde Pat. in dem in meinem Bücherschranke stehenden 3. Band von Strümpells specieller Pathologie und Therapie lesen.

Erwachen. Wohlbefinden. Totale Amnesie. Plötzlich geht Pat. auf den Bücherschrank zu und sucht unter den dort aufgestellten Büchern.

Ich frage, was er wolle.

Er erklärt, „ich suche ein Buch von Stürkewitz".

Offenbar war ihm der Name Strümpell entfallen. Ich mache ihn darauf aufmerksam, dass ich ein Buch von Stürkewitz nicht habe und frage, ob er vielleicht Strümpell's Buch meine.

Er bejaht, sucht den verlangten 3. Band und liest, sich auf das Sopha setzend, mehrere Minuten in der Abhandlung über den Geschmacksinn. Darauf erklärt er, befragt, was er denn eigentlich lese: „Das ist ja alles Doctorei"!

Auf Befehl, laut vorzulesen, liest er in dem angefangenen Capitel weiter, indem er verschiedentlich Fremdwörter, die bei seinem Bildungsgrade ihm unbekannt waren, falsch liest.

Ich suggerire ihm, wenn ich morgen zu ihm komme, werde er mir genau die Verhältnisse seines Vaters und einiges von seiner Mutter erzählen. Da Pat. in letzter Nacht schlecht geschlafen hat, suggerire ich ihm eine gute Nacht und spätes Erwachen am folgenden Morgen.

Suggestion des Wohlbefindens. Erweckung. Pat. ist nur etwas müde, keine Kopfschmerzen. Erweckung aus der Hypnose. Totale Amnesie.

Sowie ich am anderen Morgen komme, erfüllt sich die Suggestion, er solle mir die Verhältnisse des Vaters darlegen, nicht. Meine Erkundigungen ergaben, dass der Mann, der sonst stets vor 6 Uhr aufzustehen pflegte, erst um 7 Uhr erwacht sei und nur mit aller Anstrengung hätte aufstehen können.

Experimente am 6. Juli 97.

Hypnose. Ich frage, ob er mir nicht hätte etwas sagen wollen. Nunmehr

---

[1]) Suggestion, Leipzig-Wien 96 übersetzt von Dr. Freud.
[2]) Experimentelle Studie auf dem Gebiet des Hypnotismus, Stuttgart 1893.

erzählt er mir, ohne dass ich davon spreche, genau Beruf und anderes aus dem Leben seines Vaters.

Offenbar war die am vorhergehenden Tage gegebene Suggestion, mir aus dem Leben seines Vaters zu erzählen, nicht complicirt genug, um den Reiz zu einer neuen Hypnose, in der die Erfüllung der Suggestion statthaben musste, abzugeben Ich komme auf diesen Punkt der posthypnotischen Eingebungen übrigens in der Zusammenfassung meiner Ergebnisse zurück.

Erweckung. Totale Amnesie.

Bald darauf 2. Hypnose, in Anwesenheit von College Dr. Mansfeld.

Versuche über Anästhesirung.

Suggestion der Gefühllosigkeit der rechten Hand. Eine Nadeldurchstechung einer dicken Hautfalte wird ohne jede Schmerzäusserung ertragen.

Weitere Versuche werden in Folge dienstlicher Inanspruchnahme abgebrochen.

10 Uhr abermalige Hypnotisirung in Anwesenheit von Herrn College Viereck und Herrn Lieutenant v. T.

Pat. liegt im Bett, fällt sehr bald nach Fixation in hypnotischen Schlaf. Aufforderung zum Aufstehen.

Dr. K: Stehen Sie auf und ziehen Sie die Hosen an.

Pat. gehorcht der Aufforderung.

Dr. V: Sie haben die Hosen ja falsch angezogen, die Hose muss anders herumgedreht werden.

Pat. äussert absolut kein Verständniss für die von College V. gegebenen Bemerkungen, selbst auf energisches Anschreien reagirt er nicht. Experimentator erhält dagegen prompte Antworten.

Während des Anziehens Suggestion, Pat. sei ein Mädchen. Sofort ändern sich die Bewegungen und werden complicirter, aber elastischer. Langdauernde Haartoilette vor einem suggerirten Spiegel.

Suggestion, 6 Jahre alt zu sein und Clara Rieck zu heissen. Offenbar hat Pat. den Vornamen nicht genau verstanden, wie sich aus beifolgender Schriftprobe ergiebt.

Ich machte nunmehr den Versuch der Blasenentleerung durch Suggestion. Pat. hatte vor 1/2 Stunde urinirt und erklärte, jetzt nicht mehr uriniren zu können.

Suggestion, nach 3 Minuten werde er Wasser lassen müssen.

Erweckung. Totale Amnesie.

Nach 3 Minuten nimmt das Gesicht einen starren Ausdruck an, Pat. holt das Nachtgeschirr und entleert in der That eine mässige Menge hellgelben Urins.

Ich muss allerdings nunmehr selbst dieses Experiment für nicht einwandsfrei erklären, insofern als es ein Beweis dafür sein sollte, dass

die Harnentleerung durch Suggestion herbeigeführt werden könne. Inwieweit sich die Blase in der halben Stunde wieder gefüllt hatte, darüber habe ich mich leider nicht orientirt. Dass somit die Harnentleerung lediglich unter nervösem Einfluss stattfand (vermittelst Hypnose), will ich nicht behauptet haben.

Ich schloss daran ein Experiment, das mir nicht uninteressant scheint: Suggestion, Pat. solle mein Stethoscop aus der Tasche entwenden und in seine Tasche stecken.

Erweckung. —

Nach wenigen Minuten, während ich noch mit Herrn v. T. ungezwungen spreche, erfüllt sich die Suggestion prompt. Das Stethoscop verschwindet in des Pat. Tasche. Pat. macht noch längere Zeit einen hypnotisirten Eindruck, sodass ich ihn wieder nach der üblichen Methode erwecken muss.

Pat. ist total amnestisch und erklärt, vor wenigen Minuten aufgestanden zu sein und mir nur einige Fragen beantwortet zu haben.

Experimente am 15. Juli 97.

Anwesend: Herr Dr. Mansfeld, Dr. Köhler. Nochmalige Wiederholung der Versuche, dem Pat. das Alter von 4 Jahren anzusuggeriren. Rechenexempel des kleinen Einmaleins gelingen.

Die heute erreichte Schriftprobe bietet Interesse durch die Art ihrer Ausführung:

Man achte besonders auf die Schreibweise des Wortes „Jahre“ bei dem das deutsche „e“ zu einem deutschen „c“ geworden ist. — Interessant ist ferner die Thatsache, dass Herr College Mansfeld nur vergebens den Versuch machte, Pat. in den somnambulen Zustand zu versetzen. Der Zustand wurde erst durch energische Hypnotisirungsversuche meinerseits erreicht.

Frage: Hast Du schon geraucht, Arthur?

Arthur R.: Nein!

Dr. M: Hier hast Du eine Cigarrette! (giebt ihm eine Cigarrette!), versuche doch, einmal zu rauchen (Dr. M. setzt die vom Pat. ungeschickt genommene Cigarrette in Brand, Pat. macht einige Züge mit sichtlichem Unbehagen).

Nach kurzer Pause:

Dr. M: Aber Dir wird ja schon ganz schlecht, Du wirst ja ganz bleich, Du musst gewiss erbrechen!

Pat. bricht thatsächlich nach einigen Schluckbewegungen schleimige Massen aus.

Ich reiche dem Pat. eine Schale voll Milch unter der Suggestion es sei Cognac und es werde ihm bald besser werden.

Nach einiger Zeit erklärt Pat.; jetzt fühle er sich wieder leichter, nur sei noch ein Brennen im Halse vorhanden (Cognacsuggestion!). —

Suggestion, Pat. sei 12 Jahre alt. Aufgefordert, seinen Namen zu schreiben, erfolgt folgende Schriftprobe:

Arthur [illegible]
12. ~~4~~ Jahre

Diese Schriftprobe ist insofern interessant, als Pat. zuerst „4 Jahre" schrieb.

Dr. K.: **Aber Du bist doch schon 12 Jahre? — Darauf streicht Pat. „4" durch und schreibt die „12". Der Irrthum erklärte sich daraus, dass auf dem Papier unmittelbar darüber die vorhergehende Schriftprobe, die ich unter der Suggestion, Pat. sei 4 Jahre, abgenommen hatte, stand und Pat. jedenfalls unter der Meinung schrieb, das vorhergehende wiederholen zu sollen.** Nach meiner Ansicht dürfte wohl ein Simulant sofort „12 Jahre" geschrieben haben. Suggestion, seine Mutter wolle mit ihm sprechen. Bekanntlich ist R.'s Mutter bereits 1 Jahr todt. Pat. reicht die Hand ins Leere und fragt: „Wie gehts Dir, Mutter?"

Suggestion, 4 Jahre alt.

Dr. M.: Wieviel Uhr ist es denn? (hält ihm eine Uhr hin). Pat. schweigt. — Trinkst Du gerne Bier?

Pat: ich trinke nur Café.

Dr. M.: Isst Du gerne Chocolade?

Pat: Ja!

Dr. M. reicht dem Pat. ein Stück Zucker, das er mit sichtlichem Interesse isst.

Suggestion, Pat. sei 18 Jahre, der Puls werde ja immer schneller.

Der Versuch misslingt. Ebenso hat die Suggestion der Temperatursteigerung auf 38° kein positives Ergebniss.

Ich bemerke hierzu, dass der an Ilma S. von Jendrássik angestellte Versuch der künstlichen Temperaturerzeugung ebenfalls misslang, dagegen das Resultat bei Krafft-Ebing positiven Erfolg hatte. Krafft-Ebing hatte sogar mit der Suggestion, eine subnormale Temperatur von 35,5 ° zu messen, Erfolg insofern, als in Anwesenheit von einer Reihe von Aerzten 35,7 ° gemessen wurde.[1]) Natürlich haben

[1]) **Krafft-Ebing, experimentelle Studie auf dem Gebiet des Hypnotismus, Stuttgart 1893.**

diese Versuche ihre physiologische Grenze, sonst könnte vielleicht ein Ungläubiger die masslose Forderung eines Eiszustandes des Blutes verlangen. —

Pat. singt auf Aufforderung: „Sah ein Knab' ein Röslein stehen“ in textlicher und musikalischer Beziehung mehrfach fehlerhaft.

Ich hatte Pat. vor begonnener Hypnose nach dem Texte des Liedes gefragt und ob er selbiges Lied singen könne. Pat. hatte den Text nur mangelhaft im Gedächtniss und wusste auch die Melodie nicht kunstgerecht zu singen. Ein gesteigertes Vermögen, dem Gedächtniss entschwundene Sachen zu reproduciren, wurde demgemäss nicht constatirt.

Ich gebe dem Pat. eine Tabaksdose in die Hand. Bei der Suggestion, sie sei ja 100 Pfd. schwer, lässt Pat. sofort die Dose fallen und taumelt zurück.

Die Suggestion bewirkte offenbar ein falsches Orientirungsvermögen über den Drucksinn. Bei der Suggestion, die Dose sei 10 Pfd. schwer, und nach Aufforderung sie in die Höhe zu stemmen, geschieht letzteres mit sichtlicher Mühe.

Suggestion, Pat. sei ein Mädchen von 22 Jahren, danach ein Mädchen von 4 Jahren.

Clara Rieck
22 Jahre.

Klara
Rieck 4 Jahre

Ich stellte abermals Schriftproben an, um eine gewisse Unabänderlichkeit in den Resultaten constatiren zu können.

An erstere Suggestion knüpfte ich verschiedene Fragen delicater Natur und war überrascht über den angenommenen Gesichtsausdruck eines schüchternen Mädchens. Auf Befragen erklärt Pat. „noch nie geliebt zu haben!“, verspricht mir auf mein Bitten ein Rendezvous am folgenden Abend u. s. w. Darauf Suggestion, uriniren zu müssen. Pat. nimmt darauf ein Nachtgefäss und führt die Suggestion pünktlich aus, und zwar ritu feminarum, ein Bild, das meines Erachtens selbst dem gewiegtesten Schauspieler bezw. Simulanten zu bieten unmöglich gewesen wäre, ohne den Ernst, den Pat. zur Schau trug, zu verlieren, zumal sowohl Herr College M., wie ich ein Lachen bei der so überraschenden Erfüllung im Sinne meiner Suggestion nicht unterdrücken konnte.

Posthypnotische Suggestion, Pat. solle nach dem Erwachen Dr. M. um 10 Mark bitten. Dr. M. entfernt sich zu seiner Krankenabtheilung. Nach 1 Stunde theilte mir Herr College M. mit, dass sich die Suggestion pünktlich erfüllt habe, Pat. habe als erklärenden Zusatz angegeben, augenblicklich in Geldnoth zu sein. Unter normalen Verhältnissen halte ich diese Handlung des sonst so überaus ruhigen, anständigen und nie durch Geldverlegenheiten sich auszeichnenden Pat. für ausgeschlossen.

Experimente am 25. Juli 1897.

Anwesend: Herr v. F., Dr. Köhler.

Suggestion, Pat. sei 2 Jahre alt. Das Sprechen ist sofort bedeutend erschwert, der Ton näselnd und undeutlich. Auf Aufforderung sagt Pat. stockend und mit merklicher Anstrengung: „Pap—pa, Memm—, Mamm—a.

Dr. K.: Kannst Du schon das Vaterunser beten?

Pat. sagt das Vaterunser merkwürdig langsam, stockend, mit eigenthümlicher Betonung und ganz kindischem Tonfall.

Dieses Experiment war mir insofern interessant, als unter normalen Verhältnissen ein Kind von 2 Jahren noch kein „Vaterunser" zu beten im Stande ist. Offenbar hatte die Suggestion sich nicht vollständig im Bewusstsein des Pat. durchgebildet, sodass er — wider die normalen Verhältnisse — ein Vaterunser hersagte. Meines Erachtens dürfte gerade ein raffinirter Schwindler auf die Aufforderung ein Vaterunser zu beten nicht reagirt haben, eben weil er doch wissen musste, dass er als 2jähriges Kind noch nicht im Stande dazu gewesen ist. Dieser gewissermassen verunglückte Versuch ist mir umso werthvoller, als ich in seinem Resultat einen allerdings nicht unbedingt zwingenden, aber doch sehr schwer wiegenden Beweisgrund für die Glaubwürdigkeit des Mediums erblicke.

Suggestion, Pat. solle die Saugflasche trinken. Pat. erfüllt den Befehl, indem er an einer ihm gereichten Mütze die typischen Saugbewegungen ausführt.

Suggestion, Pat. sei 22 Jahre und müsse eine Rede vor einer Versammlung über die Einrichtungen des Krankenhauses halten. Pat. hält darauf eine ausführliche Darstellung der Verhältnisse auf seiner Krankenstube für angezeigt, im ernsten und rethorischen Tone gehalten. — Pat. isst ein Stück Löschpapier für Brot. Posthypnotische Suggestion. Pat. solle nach 3 Minuten das von Herrn v. F. getragene Armband abnehmen und es in meine Tasche stecken.

Erweckung. Totale Amnesie.

Nach 3 Minuten nimmt Pat. das Aussehen eines Hypnotisirten an, geht auf Herrn v. F. zu und nimmt ihm das besagte Armband ab, das er alsbald in meine Tasche steckt. Erweckung. Dann abermalige Hypnotisirung. Suggestion, das Armband wieder aus meiner Tasche zu holen und Herrn v. F. umzuhängen. Die Suggestion erfüllt sich prompt. Während des Umhängens Erweckung.

Auf meine Vorstellung, wie Pat. zu dem Armband komme, weiss er keine Erklärung und sagt, er habe es gefunden. Ich erkläre ihn für einen Dieb, welchen Vorwurf Pat. energisch zurückweist. Ich frage ihn abermals, woher er das Armband habe, wenn er es nicht gestohlen habe. Pat. erklärt, er habe es gefunden, es müsse wohl ein anderer gestohlen haben. —

Darauf wurden die Experimente abgebrochen.

Nach Abschluss dieser Versuchsreihe erlaube ich mir nunmehr die in Aussicht gestellten Bemerkungen über einige theoretische Fragen anzuschliessen. Wir beginnen mit der Frage nach eventueller Simulation.

1. Simulation und Hypnotismus.

Was uns in erster Linie von den dem Hypnotismus Fernstehenden vorgeworfen wird, ist die Behauptung, ein stricter Beweis für die Echtheit der „Medien“ könne nicht erbracht werden. Demgegenüber meine ich, dass wir meistens doch im Stande wären, mit hinreichender Sicherheit zu erklären, ob ein Medium wirklich hypnotisirt ist oder ob wir einen Simulanten vor uns haben. Ich frage mich stets zuerst, kann das Medium einen Grund haben, zu simuliren, handelt es sich vielleicht um Pensionirungen oder Aehnliches, also um Dinge, bei denen sich das Medium sagt, wenn du dich hypnotisirt stellst, so hält man dich für krank, und dadurch sind Vortheile zu erwirken. —

Oder aber hat das Medium vielleicht einen Grund oder eine Absicht, mir einen Gefallen thun zu wollen?

Sind diese beiden Sachen ausgeschlossen, so handelt es sich darum: Ist das Medium vielleicht eine Person, die sich gerne interessant fühlt oder, medicinisch gesprochen, ist das Medium krank und handelt es sich um eins der Symptome der Degeneration des Charakters, das darin besteht, dass der Kranke sich gerne interessant macht, indem er seinen Zustand in der mannigfachsten Weise ausschmückt und auf diese Weise auch den Schein einer leichten hypnotischen Beeinflussung zur Schau trägt? Ich betone also, dass es sich hierbei um ein wirkliches Kranksein handelt, um die krankhafte Sucht, den Schein der leichten Hypnotisirbarkeit zu erwecken, während in Wirklichkeit es sich gar nicht um eine wirkliche Hypnose handelt?

Sind wir über diese Fragen im Klaren, so sehen wir uns das Bild an, welches das Medium bei der Hypnotisirung darbietet. Der Ausdruck der Hypnotisirten ist ja bekanntlich ein ganz eigenartiger. Das Gesicht nimmt eine gewisse Starre an und zeigt eine gewisse Apathie, der aufgehobene Eigenwille manifestirt sich in dem Gesichtsausdrucke.

Ein weiteres Moment für die Glaubwürdigkeit der Medien besteht darin, dass ein hypnotisirter Mensch niemals vollständig das Werkzeug des Hypnotiseurs ist. So ist mir bei einer Reihe von Patienten die posthypnotische Suggestion vollständig misslungen, während doch von einem Schwindler anzunehmen ist, dass er auch diese mit nie versagender Präcision erfüllt. Ferner ist hervorzuheben, dass ein Schauspieler,

selbst einer von der raffinirtesten Sorte, an mehreren Punkten sicher aus der Rolle gefallen wäre. So verweise ich bei meinem Patienten Rieck auf die angegebene Schriftprobe, bei der Patient trotz der Suggestion, 12 Jahre zu sein, zuerst „4" Jahre schrieb, ferner auf die Thatsache, dass Patient als 2jähriges Kind ein Vaterunser betete. Ich habe schon darauf hingewiesen, dass ein raffinirter Schwindler sich gesagt haben würde, als 2jähriges Kind darfst du kein Vaterunser beten.

Ich füge hinzu, dass Herr v. T., Herr v. F., sowie die beiden Herren Collegen Dr. Mansfeld und Dr. Viereck, welche den beiden Experimenten beiwohnten, vorher niemals hypnotischen Experimenten beigewohnt hatten, sich aber auf Grund des Gesehenen jeden Zweifels bezüglich der Echtheit des Mediums enthielten. Ich hebe dies hervor, um die erzählten Thatsachen vom Verhalten des A. Rieck auch den ungläubigsten Zweiflern gegenüber zu verificiren. Bernheim sagt in humoristischer Weise: „Die Berichte derer, die sich mit Hypnotisirten beschäftigt haben, stimmten so überein, dass, wenn wir an Simulation bei selbigen glauben wollen, annehmen müssen, die Medien hätten sämmtlich die „Schule von Nancy" studirt."

Nachdem ich die Punkte in Kürze berührt habe, die ich anzuführen für nothwendig erachtete, um die Glaubwürdigkeit des Patienten Rieck auch vor Zweiflern zur Genüge betont zu haben, möchte ich mich kurz mit der Frage nach dem Verhältniss zwischen Hypnotisirbarkeit und Psychopathie beschäftigen.

2. Hypnotisirbarkeit und Psychopathie.

Handelte es sich um einen Menschen, der irgend wie psychopathisch belastet war? Ich glaube dies guten Gewissens verneinen zu können. Zwar hat Patient früher einmal eine Kopfverletzung erlitten, die angeblich eine Gedächtnissschwäche zur Folge gehabt haben soll, indess ist jetzt davon gar nichts bemerkt worden, alle Anzeichen einer bestehenden Psychopathie und Hysterie fehlten, der Mann ist vielmehr ein durchaus vernünftiger, mittelbegabter, harmloser Mensch. Die Erfahrungen drängen mich immermehr zu der von Bernheim und Liébault besonders betonten Ansicht, dass die Hypnotisirbarkeit nicht von einer nervenschwachen Natur des Mediums abhängig sei, vielmehr lege ich vorwiegend Gewicht auf das persönliche Verhältniss des Hypnotiseurs zu einem Medium. Ich bin geneigt, auch den er-

reichten Grad der Hypnose auf dieses Verhältniss zurückzuführen. Wir sehen oft genug, dass bei der ersten oder zweiten Hypnose nur das Stadium der Katalepsie oder gar nur eine leichte hypnotische Beeinflussung erreicht wird, während erst bei der dritten hypnotischen Sitzung ein tiefer Somnambulismus zu erreichen gelingt. Was ist denn das anderes, als dass in dem Medium sich der Glaube an die Kraft des Hypnotismus gesteigert hat und dadurch das Medium, statt leicht beeinflusst zu werden, in tiefen Somnambulismus verfällt? — Krafft-Ebing veranschlagt die Zahl derer, bei denen tiefer Somnambulismus erreichbar ist, auf 15 %. Besonders Forel und Vogt geben sehr viel höhere Zahlen an. Ich neige ebenfalls dazu. Von 12 Patienten, die ich kürzlich lediglich des experimentellen Studiums der hypnotischen Erscheinungen wegen natürlich nach erlangtem Einverständniss derselben, hypnotisirte, gelang es mir, 9 in tiefen Somnambulismus mit folgender totaler Amnesie zu versetzen, bei 2 gelang mir nur eine kataleptische Starre zu erreichen, 1 blieb völlig unbeeinflusst. Ich kann mir kaum denken, dass es sich hier lediglich um einen Glücksfall gehandelt hat, insofern bei einer weiteren Serie von Untersuchten sich der Procentsatz der Somnambul-Beeinflussten bedeutend vermindern würde. Ich glaube vielmehr, dass mit dem Bekanntwerden der hypnotischen Beeinflussungen auch die Disposition zur selbigen und insbesondere zur tiefen Hypnose, zum Somnambulismus, zunehmen wird, in der Voraussetzung, dass durch das Populärwerden der hypnotischen Phänomene der Glaube an den Hypnotismus wachsen wird.

Ich möchte hier die Bemerkung einflechten, dass ich beim Populärmachen der hypnotischen Erscheinungen nicht darin den richtigen Weg erblicke, wie es einige Schriftsteller beliebten, dass von der Bühne herab und in der belletristischen Darstellung Hypnose als das Mittel ernster Situationen und Complicationen geschildert werde. So geschah es in Du Mourier's „Trilby“, in Claretie's „Jean Mornas“, in Meding's „Unter fremdem Willen“ u. A. Krafft-Ebing bezeichnet letztere beiden als „Schauerromane“. Mit dem Ausdrucke dürfte vielleicht etwas zu viel gesagt sein. Immerhin, auf diese Weise soll Hypnotismus nicht populär gemacht werden und insbesondere nicht von Schriftstellern, die in den geschilderten Situationen gerade nicht eine ausgiebige Kenntniss des heutigen Standes der hypnotischen Wissenschaft verrathen. In Du Mourier's „Trilby“ liegt die hypnotische Kraft in Händen eines Zigeuners. Dadurch wird der Hypnotismus gewissermaassen zur Hexenkunst gestempelt. Gegen derartige Verunglimpfungen

müssen die Anhänger des Hypnotismus meines Erachtens ernstlich Protest erheben. Abgesehen von der Verbreitung factischer Unrichtigkeiten, sind derartige Sachen nur geeignet, das grosse Publikum von jener „Hexenkunst" abzulenken und mit Misstrauen und Unglauben gegen den Hypnotismus zu erfüllen.

Jetzt näher auf meine bei dem Patienten Rieck angestellte Versuchsreihe eingehend, möchte ich zwei Punkte besonders besprechen, das Wesen der suggestiven Verwandlung der Persönlichkeit und den Bewusstseinszustand bei der Ausführung posthypnotischer Suggestion.

3. Das Wesen der Verwandlung der Persönlichkeit.

Krafft-Ebing[1]) stellte die Frage auf: Handelt es sich bei den Verwandlungen der Medien in ein Individuum von 3 oder 12 u. s. w. Jahren und der Ausführung derartiger Suggestionen um eine Reproducirung alter, im normalen Bewusstsein nicht manifester Erinnerungsvorgänge, oder haben wir es zu thun mit künstlich hervorgerufenen Vorstellungen idealer Art? Der stricte Beweis, dass es sich lediglich um ersteres handelt, lässt sich schwer bringen. Krafft-Ebing glaubt ihn annähernd gebracht zu haben durch den Versuch, den er mit Fräulein Piegl anstellte. Er verwandelte sie in ein ganz junges Kind und liess dann die Mutter eintreten. Das „Kind" brach in Thränen aus und fragte, wie die Mutter so weiss aussähe? — Das Medium kannte offenbar in ihrem Verwandlungszustande nur die Mutter, wie sie aussah, als sie eine Reihe von Jahren jünger war. Dass andererseits täuschend ähnliche Verwandlungen der Persönlichkeit auch vorkommen, ohne dass es sich um eine früher durchlebte Zeit handelt, beweist das Factum, dass man geeignete Personen auch in das andere Geschlecht (siehe oben) oder auch ein noch nicht erreichtes Alter versetzen kann. Bezüglich des vorliegenden Falls muss ich sagen, dass ich den Eindruck gewonnen, dass die thatsächlichen Erlebnisse in diesen Verwandlungen der Persönlichkeit deutlich zum Ausdruck kommen. Allerdings ist diese Reproduction niemals eine vollständige. Warum vermochte mein Patient das Liedchen: „Sah ein Knab' ein Rösslein stehen" nicht vollständig richtig weder dem Text, noch der Musik nach wiederzugeben, das er als kleiner Junge gelernt hatte? — Warum vermag er unter der Suggestion, ein 2jähriges Kind zu sein, schon das Vaterunser zu beten? Wie ist

[1]) v. Krafft-Ebing, Experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus.

es möglich, dass er mich in der Suggestion, 4 Jahre zu sein, genau kennt, mich mit Namen anredet, wo ich erst seit $^1/_2$ Jahre in seinen Bekanntenkreis eingetreten bin? Es wäre doch zu erwarten, dass Patient erst frage, wer ich denn sei, oder sogar, dass Patient mich mit dem Namen des ihm damals bekannten Hausarztes angeredet hätte. Ich weiss auf diese Frage nur die Antwort, dass wir bei den positiven Resultaten derartiger Versuche nicht reine Reproductionen von Erinnerungen vor uns haben, sondern nur partielle, und dass doch Thatsachen aus der Gegenwart, die sich im Bewusstsein des Individuums festgesetzt haben, sich mit in die Hallucinationen und Illusionen einmischen. Damit wäre meine Auffassung von der Krafft-Ebing'schen Anschauung gekennzeichnet.

4. Der posthypnotische Ausnahmezustand und seine psychologische Deutung.

Bezüglich der Möglichkeit, eine posthypnotische Suggestion verwirklicht zu sehen, muss ich hervorheben, dass dieselbe nicht ohne Weiteres bei allen Somnambulen zu erlangen ist. Häufig ist mir trotz tiefem Somnambulismus der Medien die gegebene posthypnotische Suggestion nicht erfüllt worden. Es führt dies zu der Frage des posthypnotischen Ausnahmezustandes. Bei einer Reihe von Versuchen hatte ich allerdings den Eindruck, dass das Medium noch nicht völlig erweckt war und sich eben bis zur Ausführung der Suggestion in einem halbhypnotischen Zustande befand, wenngleich bei der Erweckung aus der Hypnose alle Anzeichen des Erwachens vorhanden zu sein schienen, so das plötzliche, krampfartige Oeffnen der Augen, das Zurücktaumeln und das typische, verlegene Lächeln. In verschiedenen Fällen unterhielt sich das Medium durchaus ungezwungen mit seiner Umgebung und ging dann plötzlich in tiefe Hypnose über, in der die posthypnotische Suggestion actuell wurde. Nach Ausführung der posthypnotischen Suggestion glaube ich das Verhalten der Medien wiederum in zwei verschiedene Arten theilen zu müssen. Die eine Classe der Medien taumelte nach Ausführung der Suggestion zurück und zeigte bald die Anzeichen des vollkommenen Erwachtseins, die andere Classe taumelte zwar zurück, behielt aber den typischen starren Gesichtsausdruck, war jeder hypnotischen Einwirkung zugänglich, sodass eine vollständige Erweckung aus dem thatsächlich noch vorhandenen hypnotischen Zustand erforderlich war.

Wir hätten demnach meiner Ueberzeugung nach zu unterscheiden zwischen

1. normalem Wachzustand nach actueller posthypnotischer Suggestion, und

2. hypnotischem Zustand nach actueller posthypnotischer Suggestion.

Bezüglich des Verhaltens in der Zeit bis zur Ausführung der posthypnotischen Suggestion hob ich eben schon zwei verschiedene Arten hervor. Die erste Classe der Medien befand sich in einem offenkundigen hypnotischen Ausnahmezustand, die andere Classe möchte ich als in dem Zustand des intermittirenden hypnotischen Ausnahmezustandes oder des intermittirenden Hypnoidzustandes befindlich bezeichnen. Die letzteren Medien unterhielten sich stellenweise durchaus klar, selbstständig und durchaus ungezwungen mit ihrer Umgebung, dann trat plötzlich wieder ein kurzer hypnotischer Zustand ein, und so abwechselnd bis zur Realisirung der posthypnotischen Suggestion. Nach vollständigem Erwachtsein wussten die Medien genau Bescheid über das mit ihrer Umgebung in dem intermittirenden Hypnoidzustande d. h. in der Periode des Wachseins Gesprochene.

Unsere Beobachtungen lehren demnach den Eintritt des hypnotischen Ausnahmezustandes als eine Vorbedingung zur Realisirung der posthypnotischen Suggestion. Dieser hypnotische Ausnahmezustand ist entweder ein totaler oder ein intermittirender.

Der posthypnotische Ausnahmezustand condensirt sich zur befohlenen Zeit zur vollständigen Hypnose und in dieser geht die Erfüllung der posthypnotischen Suggestion vor sich.

Um den Beweis zu verstärken, dass zur Realisirung der posthypnotischen Suggestion der Eintritt des posthypnotischen Ausnahmezustandes nöthig ist, verweise ich nochmals auf das interessante Beispiel, das ich in der Versuchsreihe des Patienten Rieck mittheilte. Die posthypnotische Suggestion, mir aus dem Leben seines Vaters zu erzählen, erfüllte sich bei dem Patienten nicht. Ich musste ihn einschläfern und erhielt dann auf Befragen, ob er mir nichts mehr zu erzählen habe, ohne jeden diesbezüglichen Wink genau Bescheid über Alter, Beruf, Wohnort des Vaters. Patient war offenbar vorher völlig wach, es realisirte sich erst die posthypnotische Suggestion nach auf artificiellem Wege herbeigeführter Hypnose.

Es lag hier allerdings eine ganze Nacht zwischen der Hypnose

und dem Zeitpunkt, wo sich die Suggestion erfüllen sollte. Es scheint mir somit nicht unwahrscheinlich, dass Patient nach der Erweckung am Nachmittage im hypnotischen Ausnahmezustand gewesen ist, dass dieser aber nicht bis zu dem Zeitpunkt der Realisirung der posthypnotischen Suggestion nämlich bis zum andern Morgen andauerte.

Dieser posthypnotische Ausnahmezustand kann sicher mit der Länge der Zeit seiner Characteristika immer mehr verlustig gehen, sodass es gewiss oft den Anschein hat, als sei das Medium völlig wach. Dies wird jedenfalls zutreffen, wenn die posthypnotische Suggestion sich auf sehr lange Zeit erstreckt. Ich selbst habe das vollständige Fehlen des Ausnahmezustandes nicht beobachtet. Vielmehr konnte ich in meinen Fällen immer nachweisen, dass bei Realisirung der posthypnotischen Suggestion auch stets ein posthypnotischer Ausnahmezustand vorangegangen ist, der sich zur Zeit des Actuellwerdens der Suggestion zur völligen Hypnose verdichtet. Ich stelle mich damit in Gegensatz zu Stadelmann.[1])

Die psychologische Seite dieser Erscheinungen gewährt meiner Meinung nach folgendes Bild:

Während der Hypnose ist das controllirende Oberbewusstsein (Dessoir) lahmgelegt, die gegebenen Suggestionen haften im Unterbewusstsein des Individuums. Die Inanspruchnahme der Unterbewusstseinsthätigkeit durch eine posthypnotische Suggestion ist nun eine derartig hochgradige, dass nach der Erweckung aus der Hypnose das Medium noch nicht im Stande ist, diese Thätigkeit des Unterbewusstseins durch eine controllirende Thätigkeit des Oberbewusstseins zu hemmen. Es erwacht somit das Medium nicht vollständig, sondern tritt in den sog. hypnotischen Ausnahmezustand ein. Die Ausführung der posthypnotischen Suggestion erkläre ich mir nun als die Folge des Uebertritts der Suggestion aus dem Unterbewusstsein ins Oberbewusstsein, dieser Uebertritt aber führt sofort eine erneute Lahmlegung des Oberbewusstseins herbei, die Suggestion tritt ins Unterbewusstsein zurück und wird als solche actuell. Auf diese Weise erklärt sich die nöthige zweite Hypnose bei Ausführung der posthypnotischen Suggestion. Der posthypnotische Ausnahmezustand stellt somit, psychologisch betrachtet, einen Kampf dar, den die Suggestion führt, um von dem Unterbewusstsein ins Oberbewusstsein einzutreten.

Diese Auffassung macht auch das häufige Ausbleiben der Reali-

---

[1]) Stadelmann, Psychotherapeut. Würzburg 1896.

sirung der posthypnotischen Suggestion klar. In diesen Fällen gewinnt eben das Oberbewusstsein seine Gewalt nach der Erweckung in vollem Umfange wieder, die Suggestion bleibt somit latent im Unterbewusstsein und wird nicht erfüllt.

Bei dem von mir als „intermittirenden Hypnoidzustand“ bezeichneten Zustand findet ein Wechsel statt, insofern bald im Kampfe die Suggestion obsiegt, d. h. eine partielle Lahmlegung des Oberbewusstseins bewirkt, bald aber das Oberbewusstsein seine volle Macht wiedergewinnt, bis schliesslich endgültig die Suggestion vom Unterbewusstsein ins Oberbewusstsein übertritt, dadurch sofortige Lahmlegung des Oberbewusstseins bewirkt, wodurch die Suggestion ins Unterbewusstsein zurücktritt und realisirt wird. Die Lahmlegung des Oberbewusstseins in der Phase des intermittirenden Hypnoidzustandes ist somit nur eine partielle, wird sie eine totale, so ist der Rücktritt der Suggestion ins Unterbewusstsein und die daraus resultirende Realisirung der posthypnotischen Suggestion im Zustande tiefer Hypnose eine unabänderliche Nothwendigkeit.

Ich gestehe zu, dass diese Darstellung der psychologischen Vorgänge gewissermaassen nur als eine bildliche aufzufassen ist, insofern man sich die Erscheinungen in einer Art von körperlicher Vorstellung klarlegt. In Wirklichkeit werden sich die Verhältnisse viel complicirter abspielen und Factoren thätig sein, von denen wir keine Ahnung haben. Anderseits glaube ich aber, brauchen wir derartige Ueberlegungen nicht ohne Weiteres von der Hand zu weisen, weil wir uns hier nur nach psychologischen, nicht aber nach der anatomisch-physiologischen Seite die Verhältnisse klarzulegen suchen.

Referate und Besprechungen.

Prof. Schütz, Der Hypnotismus. Philosophisches Jahrbuch. 1896, Heft 1, 2, 4 u. 1897, Heft 2 u. 3.

Die umfangreiche über 2 Jahrgänge sich erstreckende Abhandlung bildet eine Compilation aus einem sehr reichhaltigen Quellenmaterial, das in wenig selbstständiger Weise, theilweise unter Benutzung veralteter Ausgaben, reich durch-

flochten mit Citaten, zu einem Gesammtüberblick über Wesen, Ursachen, Erscheinungen und Wirkungen des Hypnotismus verarbeitet ist.

Soweit sich Verf. dabei lediglich an die aus anderen Werken entnommenen Thatsachen hält, soweit er sich auf die Aufzählung der hypnotischen Phänomene, deren Entstehung und Interpretation beschränkt, bleibt er innerhalb der Grenzen der Objectivität und dieser Theil seiner Ausführungen erfüllt den an sich sehr löblichen Zweck der Belehrung, obwohl sich auch hier Wahres und Irrthümliches mit einander vermengen.

Anders im zweiten Theil, welcher, beherrscht von der nicht misszuverstehenden Tendenz, den Hypnotismus vor den Augen des Publicums practisch unmöglich zu machen, überall einen theologisirenden Beigeschmack erhalten hat. Verf. wirft zwei Fragen auf: erstens beruhen die räthselhaften und geheimnissvollen Erscheinungen des Hypnotismus, die allerdings, als hinreichend verbürgt, nicht zu leugnen sind, auf etwas Natürlichem oder vielleicht auf etwas Uebernatürlichem? Von seinem Standpunkt als Theologieprofessor und Domcapitular muss der Verf. diese Frage natürlich dahin beantworten — und wir sind vollständig einig mit ihm — dass beim Hypnotismus, „sowohl seiner Substanz als seiner Ursache nach", Alles mit natürlichen Dingen zugehe.

Die zweite für uns wichtigere Frage lautet: Ist die Anwendung und Verwerthung des Hypnotismus erlaubt? Diese Frage wird vom Verf. principiell verneint. Der Hypnotismus ist „vom Standpunkt der reinen Vernunft aus" in jeder Form absolut verwerflich, denn, so begründet der Herr Theologieprofessor sein Verdict, einmal sind die Krankheiten, welche durch Hypnotisiren und Suggeriren „angeblich geheilt" werden, nur (!) functionelle Störungen des motorischen und sensibeln Nervensystems, zweitens waren die hypnotischen Heilungen (die „angeblich" vorkamen), „kaum jemals vollkommen", niemals (!) aber dauernd, „was ehrliche Hypnotisten übrigens auch offen eingestehen". Dies der Standpunkt der reinen Vernunft! Man weiss nicht soll man mehr staunen über die Kühnheit dieser Thesen oder über den Muth, mit dem Gewährsmänner für dieselben vorgeschoben werden. Es ist für einen „ehrlichen Hypnotisten" kaum fassbar, dass vor den Lesern des Philosophischen Jahrbuches Autoritäten wie Forel und Moll für solche Behauptungen verantwortlich gemacht werden. Auch die Ausführungen auf dem internationalen Psychologencongress in München (pag. 361 und pag. 381), auf die sich Verf. beruft, besagen nicht dasjenige, was hier bewiesen werden soll und keck behauptet wird.

Doch hören wir weitere Argumente! Der Hypnotismus birgt ausser seinen zweifelhaften Vortheilen ganz ungeheure Nachtheile und Schädigungen für Leib und Seele, was ebenfalls von den wissenschaftlichen Vertretern des Hypnotismus theils direct, theils indirect durch Mahnung zur Vorsicht, anerkannt ist. Als hauptsächlichste Schädigungen sind constatirt: Müdigkeitsgefühl, Schlafsucht, Kopfschmerz, Schwindel, Zittern, Krämpfe, Epilepsie, Hysterie, Appetitlosigkeit, Verdauungsträgheit, Lähmung, Erblindung, Tobsucht, Raserei, Blödsinn und Verrücktheit. Unter den Capacitäten, welche diese wissenschaftlichen Thatsachen bewiesen und vertreten haben sollen, figuriren neben den „Stimmen aus Maria Laach" die Namen von Bernheim, Forel, Krafft-Ebing, Moll, Obersteiner u. viele Andere. Eines Commentars für diese Zusammenstellung bedarf er für die Kenner der Verhältnisse nicht.

Bedenklicher noch als die körperlichen Nachtheile sind in den Augen des Verf. die Gefährdungen der Seele. Jeder Hypnotisirte schwebt in Gefahr, das Opfer eines Verbrechens zu werden, und vor allem erleidet jeder Hypnotisirte einen schweren moralischen Defect an seiner Seele. Der Mensch ist während der Hypnose seines angeborenen, freien Willens beraubt, der Laune eines Anderen preisgegeben (der Herr scheint ja die moralische Qualität der Aerzte recht hoch einzuschätzen!), und damit ist „etwas Unmoralisches, eine Entwürdigung seiner Persönlichkeit, eine Degradation seiner Menschenwürde" verbunden. Ref. möchte nur die eine Frage aufwerfen, ob vom Standpunkte eines Theologen vom Schlage des Herrn Verf. in der Chloroformnarkose, welche ja zweifellos auf einer Beraubung des angeborenen freien Willens beruht, diese Degradation der Menschenwürde ebenfalls eintritt und ob er infolgedessen dieselbe gleichfalls verurtheilt.

Wir haben uns ausführlicher mit dieser Arbeit beschäftigt, als es ihrem Werthe entspricht, weil sie im Gewande der Wissenschaftlichkeit die gröbsten Irrthümer und Unrichtigkeiten in einem grossen und gebildeten Leserkreise zu verbreiten bestrebt ist, weil sie unter dem Deckmantel einer breitspurig zur Schau getragenen Sachlichkeit tendenziöse Entstellungen verbirgt, weil sie die Ansichten und Gesinnungen von Männern, die dieser Zeitschrift nahe stehen, durch einseitige Ausnutzung von Aussprüchen in zweckbewusster Weise in ihr Gegentheil verkehrt und weil sie mit einem Appell an die Moralität und Menschenwürde (aus dem Munde eines Priesters um so bedauerlicher) ebenso bittere als unbegründete Verdächtigungen gegen eine grosse Zahl ehrenwerther Aerzte schleudert. Wir haben es ferner aus dem Grunde gethan, damit die jungen Praktiker, die sich mit Hypnotismus zu beschäftigen beabsichtigen, erfahren, welchen Angriffen sie sich auch heute noch auszusetzen haben und von welcher Seite sie sich zu gewärtigen haben: damit sie sehen, welche Richter sich der Hypnotismus gefallen lassen muss. — Solche Richter richten sich selbst.

Brodmann.

Personalnotiz.

In Preyer und Heidenhain sind kürzlich zwei Physiologen gestorben, die sich um den Hypnotismus, wie um andere hirnphysiologische und psychologische Fragen verdient gemacht haben.

Professor Forel wird am 15. April n. J. von seinen Züricher Stellungen zurücktreten. Seinen künftigen Wohnsitz wird er nehmen: Chigny bei Morges (Schweiz). Er bittet zur Vermeidung von Verwechselungen stets seinen Vornamen August hinzuzufügen.

Der Herausgeber der Zeitschrift hat seinen ständigen Wohnsitz nach Berlin W., Magdeburgerstrasse 16 verlegt und wird Anfang Mai 1898 seine praktische ärztliche Thätigkeit wieder aufnehmen.

Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr.), Naumburg a. S.

ZEITSCHRIFT FÜR HYPNOTISMUS,

PSYCHOTHERAPIE,

SOWIE ANDERE

PSYCHOPHYSIOLOGISCHE UND PSYCHOPATHOLOGISCHE FORSCHUNGEN

BAND 7.

ZEITSCHRIFT FÜR HYPNOTISMUS

PSYCHOTHERAPIE

SOWIE ANDERE

PSYCHOPHYSIOLOGISCHE UND PSYCHOPATHOLOGISCHE FORSCHUNGEN.

BAND 7.

MIT BEITRÄGEN VON

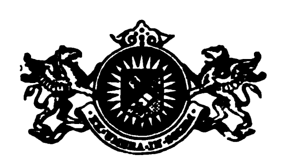
DR. BAUER (ZÜRICH), DR. BRODMANN (JENA), DR. DELIUS (HANNOVER), PROF. DR. A. FOREL (CHIGNY), DR. HILGER (MAGDEBURG), DR. INHELDER (ZÜRICH), PROF. KÜLPE (WÜRZBURG), DR. LAUTENBACH (BERLIN), DR. MONNIER (ZÜRICH), DR. NAEF (ZÜRICH), DR. v. RENTERGHEM (AMSTERDAM), DR. RINGIER (ZÜRICH), DR. v. SCHRENCK-NOTZING (MÜNCHEN), DR. SJÖSTRÖM (KÖLN), DR. TATZEL (MENZENSCHWAND), DR. TECKLENBURG (LEIPZIG), DR. TEUSCHER (DRESDEN), DR. VOGT (BERLIN)

UNTER BESONDERER FÖRDERUNG VON

PROF. A. FOREL

HERAUSGEGEBEN VON

DR. O. VOGT.



LEIPZIG 1898

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH

Inhalts-Verzeichniss.

Band 7.

Originalartikel.

Seite

Literaturzusammenstellungen.

Referate und Besprechungen.

Zur Methodik der hypnotischen Behandlung.

Von

Korbinian Brodmann.

(Zweite Fortsetzung.)

Aus den bisherigen Ausführungen über die Entstehung des natürlichen Schlafes ging also hervor:

1. dass eventuell ein spontaner Schlaf durch den einfachen Willen zu schlafen, d. h. durch die willkürliche Concentration der Aufmerksamkeit auf die Schlafvorstellung ausgelöst werden kann.

Als weitere Ursachen, resp. Vorbedingungen für den Eintritt eines Schlafes lernten wir sodann kennen:

2. die auf Erschöpfung beruhende oder willkürlich hervorgerufene Verminderung aller geistigen Thätigkeit und als Partialerscheinung dieser Verminderung die Ruhigstellung des Gemüthes;

3. ein zur Herabsetzung der geistigen Thätigkeit führendes Fernhalten peripherer Sinnesreize oder eine ebenso wirkende Fixirung der Aufmerksamkeit auf andauernde gleichmässige Sinnesreize, resp. die blosse Reproduction entsprechender Ideengänge;

4. den Factor der Gewohnheit.

Wenn es nun richtig ist, dass hypnotische Bewusstseinszustände und spontaner Schlaf keine qualitativen Unterschiede zeigen, dass vielmehr beide ihrem innersten Wesen nach identisch sind, so müssen alle jene Punkte, die wir bei der Genese des naturgemässen Einschlafens berührten, bei der Erzielung hypnotischer Zustände Berücksichtigung finden. Wir werden jetzt kurz zeigen, wie das zu geschehen hat und wie weit diese Voraussetzung von einzelnen hypnotischen Verfahren erfüllt ist.

1. Als erste Schlafursache lernten wir die willkürliche Concentration der Aufmerksamkeit auf die Schlafvorstellung kennen. Diesem Moment sucht der Hypnotist gerecht zu werden, indem er seinerseits die Aufmerksamkeit des Patienten auf die Schlafvorstellung hinlenkt. Wie wir nun aber bereits früher gesehen haben, dass der Wille, schlafen zu wollen, nur in vereinzelten Fällen direct einen Schlaf auszulösen im Stande ist, so verhält es sich auch mit der passiven Concentration der Aufmerksamkeit des zu Hypnotisirenden durch den Hypnotiseur. Der Schlaf folgt nur selten, d. h. nicht in der Norm unmittelbar einer solchen psychischen Concentration. Folgt er trotzdem, so haben wir es eben mit einer „abnorm intensiven Folgewirkung“ [1]) der erregten Schlafvorstellung zu thun. Die Schlafvorstellung wurde zur Suggestion, und der entstandene Schlaf stellte eine suggestiv entstandene Erscheinung dar.

Bezüglich der einzelnen Bedingungen, unter denen eine solche Suggestivwirkung zu Tage tritt, kann uns das Studium des unter dem Einfluss der Willkür spontan entstehenden Schlafes wichtige Aufklärungen geben. Ein Mensch, der sich willkürlich einschläfern will, muss ein doppeltes psychisches Postulat erfüllen; einmal muss er bestrebt sein, die Aufmerksamkeit ausschliesslich auf den Schlaf zu concentriren und zweitens muss er die Ueberzeugung haben, dass er einschlafen werde. Drängt sich ihm gelegentlich aus irgend einem Grunde die Ueberzeugung auf, dass ihm momentan das Einschlafen nicht gelingen werde, dann führt auch die willkürlich auf die Schlafvorstellung gerichtete Aufmerksamkeit nicht zum Schlafe und zwar aus dem Grunde nicht, weil die entgegenstehende Ueberzeugung beständig Contrastvorstellungen weckt, die ihrerseits immer wieder die Aufmerksamkeit auf sich lenken und von der Schlafvorstellung abziehen. Eine active Concentration der Aufmerksamkeit auf die Schlafvorstellung, mit anderen Worten ein Einschlafen durch ausschliessliche Betheiligung des

[1]) Vgl. Vogt, Die Zielvorstellung der Suggestion. Zeitschr. f. Hypn., Bd. V, pag. 332 ff. Verf. möchte bei dieser Gelegenheit eine kurze Bemerkung über die Streitfrage einschieben. Sicherlich hat Lipps Recht, wenn er in seiner Arbeit „Zur Psychologie der Suggestion“ (Diese Zeitschr., Bd. VI, pag. 94 ff.) Vogt gegenüber bemerkt, dass die suggestive Folgewirkung einer Zielvorstellung nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ verschieden sei. Dies ist aber selbstverständlich, denn, wie eben Vogt einwenden wird, überall da, wo die Summe der psychischen Energie dieselbe bleibt — und das ist zumeist wohl bei Suggestionserscheinungen der Fall —, muss eine Intensitätsänderung stets eine solche der Extensität und damit der Qualität nach sich ziehen.

Willens ist also überhaupt nicht möglich, wenn die betreffende Person von vornherein von dem Gedanken erfüllt ist, dass es bei ihr nicht gelingen werde.

Mit diesem Factor hat auch der Hypnotherapeut sehr häufig zu rechnen und es erfordert eine gewisse Geschicklichkeit, die schädlichen Gegenvorstellungen und deren Folgen zu unterdrücken. Man begegnet in der Praxis nicht selten Fällen, die um so weniger einschlafen, je mehr man ihnen den Schlaf direct suggerirt. Dieselben kommen entweder mit einer vorgefassten Meinung zur Hypnose oder es bildet sich während der Einleitung der Hypnose, dadurch dass einzelne angedeutete Partial-Suggestionen unrealisirt bleiben, die Befürchtung aus, zur Hypnotisirung untauglich zu sein. Sobald man solche Kranke auch nur für Augenblicke von dieser Idee abbringt, sei es durch äussere Hülfsmittel, sei es durch suggestive Anregung anderer Gedankengänge, so kann fast momentan Schlaf eintreten. Diese Beobachtung hat zu ganz irrigen theoretischen Deductionen geführt. Janet und Bramwell[1]) wurden durch dieselben zu der Annahme eines specifischen hypnosigenen Verfahrens verleitet, das sie als Hypnotisirung durch „Zerstreuung" beschrieben haben. Die beiden Autoren haben ebenfalls die Erfahrung gemacht, dass die unmittelbare Erregung der Schlafvorstellung manchmal keinen Schlaf hervorruft, während Ablenkung der Aufmerksamkeit vom Schlaf diesen gerade auslöst. Sie schlossen daraus auf eine dem Gelingen der Hypnose ungünstige Wirkung der auf die Schlafvorstellung concentrirten Aufmerksamkeit. Ihre Beobachtung ist zweifellos richtig, die Deutung falsch. Ihre Patienten stellten die Aufmerksamkeit unter den Suggestionen des Arztes auf unbeabsichtigte hemmende Contrastvorstellungen, nicht aber auf die wirkliche Schlafvorstellung ein, und erst mit Beseitigung der ersteren konnten die eigentlichen Schlafsuggestionen ihre Wirksamkeit entfalten. Eine thatsächliche Concentration der Aufmerksamkeit auf die Schlafvorstellung kann also der Hypnotisirung immer nur förderlich sein. Wir müssen eben bei der Genese eines suggestiven Schlafes wieder und wieder an das Eine denken, was Lipps[2]) neuerdings und Vogt[3])

[1]) Vgl. das Referat Vogt's über Bramwell, Personally observed Hypnotic Phaenomena (Bd. VI, pag. 162), wo sich der Satz B.'s findet: „Die Einleitung einer Hypnose ist eventuell nicht durch Concentration, sondern durch Ablenkung der Aufmerksamkeit möglich."

[2]) l. c.

[3]) Vgl. Vogt, Adnotationen in dem Lehrbuche von Forel (Der Hypnotismus, pag. 122).

bereits früher hervorgehoben hat, dass der Suggestivwirkung vor Allem eine Stauung der psychophysischen Energie zu Grunde liegt, und dass deshalb die Ableitung von Energiemengen in associative Vorstellungen (Contrastvorstellungen) nach Kräften zu vermeiden ist. Die Mittel, welche diesem Zwecke dienen, sind sehr verschiedenartige; wir können dieselben jedoch hier nur oberflächlich andeuten, da sie bei der Darstellung der Methodik Vogt's unter praktischen Gesichtspunkten noch ausführlicher besprochen werden sollen.

Der einfachste Weg, welcher allmählich aber sicher zur Unterdrückung eventueller Contrastvorstellungen oder eines ausgesprochenen Gegenwillens führt, beruht auf psychischer Contagion. Wo die einfache Belehrung und Ueberredung nichts ausrichtet, vermag oft ein einziges gesehenes Beispiel mit einem Schlage alle Hemmungen zu überwinden. Wir brauchen uns zum Verständniss dieser Erscheinung nur an jene bereits früher erwähnte Thatsache zu erinnern, dass der Nachahmungstrieb beim Zustandekommen des physiologischen Schlafes oder seines Vorläuferstadiums (der Schläfrigkeit) die grösste Rolle spielen kann. Eine Person, die in Gesellschaft gähnt oder Schläfrigkeit zur Schau trägt, kann durch psychische Imitation bei allen Anwesenden reflectorisches Gähnen mit secundärer, associativ bedingter Schläfrigkeit auslösen. Ganz ähnlich verhält es sich mit dem hypnotischen Schlaf; auch er wirkt „ansteckend", oder wenn man das ominöse Wort vermeiden will, imitatorisch. Man wird also bei solchen zu Widerspruch neigenden Patienten zunächst durch Demonstration von Hypnosen, durch Verkehr mit erfolgreich Hypnotisirten u. dergl. die Ueberzeugung von der Möglichkeit eines hypnotischen Schlafes zu wecken suchen und wenn dieselben dann diese Möglichkeit an einer grösseren Anzahl von Personen gesehen und den Erfolg an Leidensgenossen bestätigt gefunden haben, so setzt sich auch bei ihnen die Idee fest, dass sie wie die Anderen hypnotisirbar seien, und diese Ueberzeugung wird natürlich allen störenden Contrastvorstellungen entgegenwirken.

Das gleiche Ziel kann man sodann durch fortgesetzte Uebung und mit derselben parallel gehende Vermehrung bahnender associativer Elemente erreichen. Als Resultat der Uebung und Wiederholung erhalten wir eine (physiologisch vorstellbare) leichtere Erregbarkeit der zur Suggestion bestimmten Zielvorstellung an sich und zugleich eine Verstärkung der associativen Bahnungen und damit eine Erleichterung und Beschleunigung der suggestiven Dissociation d. h. eine schnellere

Realisation von Suggestionen ohne Dazwischentreten hemmender Vorstellungen.

Schliesslich kann man sich zur Bekämpfung von Contrastvorstellungen des dissociirenden Einflusses von Affecten bedienen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass bei den verschiedenen hypnotischen Methoden der Salpêtrière, ebenso wie bei der Fascination, wie sie von Donato, Hansen und Anderen geübt wurde, vielfach Angstaffecte mit im Spiele waren. Aber auch unter normalen Verhältnissen kann eine Hypnose als Suggestionserscheinung nur die Folgewirkung einer die Zielvorstellung des Einschlafens begleitenden starken Gefühlsbetonung sein. Ein Beispiel mag dies illustriren. Eine Person erklärt mit Bestimmtheit, nicht hypnotisirbar zu sein, aber gerade die Kühnheit dieser Aeusserung ruft in ihr Zweifel hervor, sie wird unsicher, bekommt den ängstlichen Gedanken, dass es doch gelingen könnte und, siehe da, die Hypnose tritt wider Erwarten rasch ein. Wir haben es hier mit einer „die Contrastvorstellungen lähmenden Wirkung der Angst“ zu thun in der Gesammterscheinung mit einer „affectstarken Suggestion“.[1]) Unter die gleiche Rubrik gehört auch die Benutzung mystischer Momente zu suggestiven Zwecken, sei es dass sich der Hypnotiseur (Magnetiseur) als besonders begabt, mit aussergewöhnlichen Kräften ausgestattet hinstellt, sei es dass er starke Gefühle, z. B. religiöse weckt. Es sei gleich jetzt bemerkt, dass Vogt diese durch Realisation affectstarker Suggestionen hervorgerufenen Bewusstseinszustände psychologisch nicht eigentlich zu den hypnotischen rechnet[2]), und dass er weiterhin die Benutzung derartiger Gefühlswirkungen zur Erzielung ärztlicher Hypnosen zumeist für entbehrlich, unter Umständen für schädlich und daher verwerflich hält.

2. Unter den wesentlichen Bedingungen des Schlafeintrittes haben wir an zweiter Stelle die Ruhigstellung von Geist und Gemüth genannt. Im gewöhnlichen Leben kann dieselbe das Resultat einer vorhergegangenen, aus irgend einer Bethätigung entstandenen Erschöpfung mit secundärer Ermüdung sein. Für die Hypnotisirung hat jedoch — diese einschränkende Bemerkung sei vorausgeschickt — eine vorhandene Schläfrigkeit nur insofern Werth, als sie in dem Patienten

[1]) Vgl. Zeitschr. f. Hypnotismus, Bd. V, „Die Zielvorstellung der Suggestion“, pag. 338f. Vogt führt hier aus, dass ein Affect immer an eine Zielvorstellung gebunden sein muss, um die Folgewirkung dieses Affectes als Suggestionserscheinung auffassen zu können.

[2]) Vogt l. c., Die Zielvorstellung etc., pag. 339.

die Vorstellung des Schlafenkönnens weckt und dadurch die Intensität der Schlafvorstellung steigert. Im Uebrigen aber setzt nach unserer Erfahrung die Realisation von Suggestionen möglichst frische Geisteskräfte voraus, und die Hypnose verwirklicht sich um so rascher, je mehr eine Person den Intentionen des Hypnotisten intellectuell zu folgen vermag. Wir besitzen in der Schlaflosigkeit, sowie in der relativ schweren Hypnotisirbarkeit der Neurastheniker eine in gleichem Sinne zu deutende Erscheinung, die jener Erfahrungsthatsache als Analogon an die Seite gestellt werden kann. Verwandt mit dem aus Ermüdung, als Secundärerscheinung einer stattgehabten Erschöpfung, hervorgehenden Schlaf, sind jene hypnoiden Bewusstseinszustände, welche von Narkosen und narkoseähnlichen Stadien ihren Ausgang nehmen. Es sind dies ihrer Aetiologie nach toxische Phänomene, die man vielleicht am besten gar nicht zu den hypnotischen Zuständen in engerem Sinne rechnen sollte. Das Moment der Willkür schliesslich, das bei der Entstehung des gewöhnlichen Schlafes die Beruhigung des Gemüthes bis zu einem gewissen Grade beherrscht, wird bei der Erzeugung eines künstlichen Schlafes durch die Thätigkeit des Hypnotisten ersetzt, indem dieser einestheils der Gesammtstimmung des zu Hypnotisirenden eine gewollte Richtung zu geben vermag und indem er anderntheils specielle erregende Gefühle direct suggestiv beeinflussen kann.

3. Was sodann die Ruhigstellung von Geist und Gemüth durch Fernhalten peripherer Sinnesreize betrifft, so wird es sich natürlich bei der Hypnose wie beim gewöhnlichen Schlaf darum handeln, günstige äussere Verhältnisse zu schaffen; ausserdem ist der Hypnotist in der Lage, durch directe suggestive Erhöhung der Reizschwelle störende Sinneseindrücke aus dem Bewusstsein des zu Hypnotisirenden fernzuhalten oder zu verdrängen. Das Moment der Fixirung der Aufmerksamkeit durch andauernde gleichmässige Sinnesreize, das beim alltäglichen Schlaf in der Regel gar nicht betheiligt ist, spielt bei der Hypnose eine grössere Rolle; es ist sogar in manchen Hypnotisirmethoden vielfach zur dominirenden Anwendung gekommen. Hauptsächlich kam dabei die willkürliche Einstellung der Augen auf irgend ein fesselndes Object (glänzender Gegenstand, Augen des Hypnotiseurs etc.) in Betracht. Die Wirkungsweise dieser Procedur ist eine doppelte. Einmal wird die Aufmerksamkeit auf ein indifferentes Object eingestellt und dadurch passiv von anderen Vorstellungen, insbesondere gefühlsstarken abgezogen. Zweitens aber führt speciell die Fixirung mit den Augen zu einer localen Ermüdung (Spasmus des Orbicularis),

die eng mit dem Einschlafen associirt ist. Ein anderes übliches Verfahren sind die Streichungen oder sog. „Mesmer'sche Passes". Wir werden ihr Für und Wider weiter unten mit anderen von der Salpêtrière angegebenen, ebenfalls hierher gehörenden Methoden erörtern.

4. Als letzten Hülfsfactor des Einschlafens haben wir bei der Genese des natürlichen Schlafes die Gewohnheit und associative Verknüpfung angeführt. Der Arzt muss demselben zu hypnotischen Zwecken in ausgedehntem Maasse Rechnung tragen; er wird z. B. eine an bestimmte Tageszeiten gebundene Müdigkeit (Schläfrigkeit) mit Vortheil für die Hypnotisirung ausnützen; andererseits aber wird er periodisch wiederkehrende krankhafte Störungen mit Gemüthserregungen bei der Einleitung der Hypnose zu umgehen suchen. Durch associative Verknüpfungen lässt sich schliesslich auch die hypnotische Wirkung aller jener Verfahren und Manipulationen erklären, wo der zu Hypnotisirende ohne Wissen oder Willen des Hypnotiseurs mit den betreffenden Proceduren die Schlafvorstellung verband, so dass dann wider Erwarten Schlaf eintrat. Auf Grund solcher Vorkommnisse sind zahlreiche falsche Anschauungen und auf Irrthümern basirende Schulen entstanden, von denen nur jene Arten und Abarten des Magnetismus, Mesmerismus und älteren Hypnotismus genannt werden sollen, welche specifische Schlafzustände als „magnetischen Schlaf", „lichten Schlaf" etc. beobachtet haben wollen. Solche und ähnliche Curiosa, wie z. B. auch die Annahme Flechsig's durch seine elektrische Hand hypnotisiren zu können, werden nur dadurch verständlich, dass sie die Momente der Association resp. der Gewohnheit, welche beim Zustandekommen jedes Schlafes ihren Einfluss ausüben, unberücksichtigt liessen.

Nach dieser allgemeinen Uebersicht über die Mittel und Wege zur Erzielung einer Hypnose wollen wir kurz untersuchen, in welcher Weise die älteren Verfahren den Anforderungen einer rationellen hypnotischen Methodik gerecht geworden sind. So lehrreich es für das Verständniss der heutigen Technik des Einschläferns wäre, die zahlreichen, theilweise recht einseitigen und widerspruchsvollen hypnosigenen Proceduren in ihrem historischen Zusammenhang neben einander zu stellen, so müssen wir uns doch auf einige wenige Beispiele beschränken. Da es uns hauptsächlich darauf ankommt, eine Art Illustration zu den obigen Grundsätzen hypnotischer Methodik zu geben, so wird die Auswahl der Beispiele weniger durch die Bedeutung bestimmt, welche ein Verfahren in dem Entwickelungsgange des Hypno-

tismus eingenommen hat, als vielmehr durch den methodologischen Character desselben. Wir werden deshalb, entsprechend unserem bisherigen Gedankengange, mit einer Methode den Anfang machen, welche sich vorwiegend auf die als wesentlich zu bezeichnenden hypnosigenen Factoren psychischer Natur stützt, ohne dabei die anderen Hülfsmomente des Einschlafens gänzlich ausser Betracht zu lassen.

Ein typisches Beispiel dieser Art hat der Gründer der suggestiven Schule, Liébeault, beschrieben. Die vorzügliche Schilderung seines Vorgehens sei im Wortlaut wiedergegeben. Liébeault[1]) schreibt:

„Während der sich unserer Einwirkung Unterziehende — und das ist stets ein Kranker — seine Augen unbeweglich auf die unseren richtet und dadurch seine anderen Sinne gegen äussere und sogar innere Eindrücke abschliesst, während sein Gehirn bereits träge und zur Aufnahme unserer Suggestionen geeigneter wird — denn man ist sogar schon im Wachen suggestibel —, reden wir ihm nachdrücklich vor, nur an einschlafen und gesund werden zu denken; wir kündigen ihm die Anfangserscheinungen des Schlafes an: die körperliche Erschlaffung, das Schlafbedürfniss, die Schwere der Lider, die allgemeine Unempfindlichkeit u. s. w., und wenn wir bemerken, dass die Lider des Betreffenden blinzeln und schwer werden, seine Augen einen erstaunten Ausdruck annehmen und die Pupillen schwanken oder sich erweitern, sprechen wir das Zauberwort aus: „Schlafen Sie!" Wenn nach diesem Befehl die Lider sich noch nicht schliessen, wiederholen wir dieselbe Litanei von Versicherungen nöthigenfalls noch mehrere Male und drücken dann endlich mit unseren schon im Voraus zu den Seiten der Augen gehaltenen Daumen die oberen Lider zu, während wir mit den gleichen Suggestionen fortfahren. Fast immer schliessen sich bei Arbeitern, Bauern, Kindern und früheren Soldaten, die sämmtlich ans Gehorchen gewöhnt sind, die Augen von selbst, sobald wir das Wort „Schlafen Sie!" aussprechen. Haben wir aber nach Verlauf von ungefähr einer Minute das erwartete Ergebniss nicht erzielt, so verschieben wir die Hypnotisirung auf den nächsten Tag. Fast immer verfallen durch tägliche Uebung nach mehreren Tagen unsere Kranken in wenigen Secunden in irgend einen Grad des Schlafes und gerathen sehr bald in immer tiefere Schlafzustände."

Wir erkennen in diesem modus procedendi dieselben zweckmässigen geistigen Mittel wieder, durch die man in den gewöhnlichen Schlaf gelangt, nur dass Liébeault im Allgemeinen wenig Gewicht auf die äusseren Verhältnisse, auf Bequemlichkeit, Ruhe der Umgebung u. dergl., legt. Wir finden die Einwilligung in das Schlafen, die Ueberzeugung schlafen zu können, die Sammlung der Aufmerksamkeit auf einen einzigen Gedanken, nämlich die Schlafvorstellung, unterstützt einerseits durch Abschliessung der Sinne, andererseits durch einseitige Fesselung eines Sinnesgebietes (der Augen). Nur ein essentieller Schlaffactor fehlt im Allgemeinen bei der Hypnotisirung nach Liébeault, die

[1]) Liébeault, Der künstliche Schlaf, pag. 190f.

Müdigkeit oder das Ruhebedürfniss, dafür kommt aber ein anderer hinzu, der ausdrückliche Befehl zu schlafen. Wir wollen hier gleich kurz bemerken, dass wir unsererseits imperative Suggestionen fast vollständig vermeiden. Gebildete Patienten, auf die sich fast ausschliesslich unsere Erfahrungen erstrecken, wollen nicht „gehorchen". Sie kommen vielfach direct mit einem Horror vor dem „blinden Gehorsam" des Hypnotisirten zu uns. Ihnen muss man daher solche Suggestionen geben, dass sie das Gefühl behalten, ihren Willen nicht zu verlieren.

An zweiter Stelle wollen wir das Verfahren Bernheim's nennen, welches, im Princip aus demjenigen Liébeault's entsprungen, doch in der Technik von seinem Vorgänger und Lehrer abweicht. Bernheim schildert seine Methode folgendermaassen: [1])

„Gewöhnlich ist die Hypnose leicht zu erzielen; die Person liegt oder sitzt bequem in einem Fauteuil, ich lasse sie sich einige Augenblicke sammeln und sage ihr indess, dass ich sie in einen leichten angenehmen Schlaf versenken werde, der ebenso erquickend wie der natürliche Schlaf sein wird. Ich nähere meine Hand ihren Augen und sage: „Schlafen Sie!" Einige schliessen augenblicklich die Augen und sind gefangen. Andere bleiben, ohne die Augen zu schliessen, mit starrem Blick und Phänomenen der Hypnose. Wieder Andere blinzeln mit den Lidern; die Augen öffnen und schliessen sich abwechselnd. Gewöhnlich lasse ich sie nicht lange offen. Wenn die Person sie nicht freiwillig schliesst, halte ich sie einige Zeit geschlossen und wenn ich etwas Widerstand gewahre, füge ich hinzu: „Geben sie nach; Ihre Lider werden schwer, Ihre Glieder erschlaffen, der Schlaf kommt, Schlafen Sie." Selten vergehen ein oder zwei Minuten, ohne dass die Hypnose eintritt. Einige bleiben sofort unbeweglich und passiv. Andere suchen sich wieder zu fassen, öffnen von Neuem die Augen, erwecken sich jeden Augenblick; ich aber bleibe standhaft, halte die Lider geschlossen und sage: „Schlafen Sie weiter."

Bernheim bedient sich hier zum Einschläfern vorwiegend der Verbalsuggestion; er erzeugt den Schlaf, indem er die Vorstellung des Einschlafens suggerirt, das Bild des Schlafes durch mündliches Zureden in das Gehirn einführt. Die einzige körperliche Procedur, die er unter Umständen anwendet, ist das manuelle Zudrücken der Augen und er erfüllt damit nur den Zweck, den Geist auf sich selbst zu concentriren und Ablenkung durch Gesichtseindrücke zu verhindern. Nebenbei betont er auch, dass die Empfindung des Augenschlusses in Folge von Gewöhnung und Reflexwirkung die anderen Schlafphänomene hervorrufen kann. Eine weitere Wirkung gesteht er aber den somatischen Maassnahmen vor Allem der Fixation nicht zu, im Gegensatz zu Liébeault,

[1]) Bernheim, Neue Studien über Hypnotismus, Suggestion und Psychotherapie. 1892. Leipzig, Deuticke. pag. 61f.

der von der „passiven Beschaulichkeit“ eine „geistige Verdichtung“ und Beschleunigung des Einschlafens erwartet. Die mündliche Suggestion macht nach Bernheim Alles; „die Gesten (Berührungen, Streichungen, Fixirung etc.) dienen nur dazu, die Suggestion zu verstärken, indem sie dieselbe in einem materiellen Vorgang verkörpern, der geeignet ist, die Aufmerksamkeit der Person zu fesseln“, zum Gelingen der Hypnose sind sie aber keineswegs erforderlich. In Ausnahmefällen macht jedoch Bernheim auch von gewissen suggestiven Kunstgriffen Gebrauch. Personen mit Neigung zum Lachen, zu unwillkürlicher Widerstandslust oder solche, die an sich schwerer einzuschläfern sind und dann das Gefühl haben, nicht beeinflusst zu sein, bringt Bernheim stets durch detaillirte Schlafsuggestionen in tiefere Grade der Hypnose. Er nöthigt sie zu Ruhe, spricht ihnen immer von Betäubung und Müdigkeit vor und nimmt so ihren Geist durch sanfte Ueberredung oder durch Bestimmtheit, je nach der eigenen psychischen Individualität allmählich gefangen; dann erzeugt er plötzlich durch eine überraschende Wendung Katalepsie eines Armes, manchmal automatische Bewegungen und schliesslich Contractur. Auf diese Weise ist es Bernheim nicht selten gelungen, in einer einzigen Sitzung stufenweise die ganze Reihe der hypnotischen Phänomene, mit Amnesie beim Erwachen zu erzielen. Es giebt jedoch auch Kranke mit Voreingenommenheit oder psychischer Erregung, die sich beständig beobachten, behaupten nicht schlafen zu können und in Folge dessen zu einer Concentration und Passivität unfähig sind. Diese bringt Bernheim durch eine Art von Schulung und durch wiederholte Versuche in wenigen Sitzungen in immer ausgedehntere Hypnosen und schliesslich zumeist in hypnotischen Schlaf.

Abgesehen von eindringlichem mündlichem Suggeriren legt demnach Bernheim bei widerspenstigen Fällen den Hauptnachdruck auf zwei Momente: auf die Angewöhnung oder associative Verknüpfung durch Uebung und dann auf das bisher unbekannte Moment der suggestiven Ueberzeugung durch Experimente. Er ruft bei der Versuchsperson suggestiv Lähmungs- und Krampfzustände hervor und weckt so in derselben das Gefühl, beeinflussbar resp. bereits beeinflusst zu sein. Da uns dieses Verfahren, namentlich die dagegen geltend gemachten Einwände, nochmals im zweiten Theil beschäftigen werden, wollen wir uns vorläufig darauf beschränken, ganz kurz ein Verfahren anzuführen, in welchem ein entgegengesetzter Standpunkt zum Ausdruck kommt. Neben einer grösseren Zahl gewichtiger Stimmen, war es besonders Gerster, der, als einer der ersten praktisch thätigen Hypno-

therapeuten Deutschlands, sich entschieden sowohl gegen alle physikalisch-technischen Hypnotisirungsmittel wie auch gegen das Experimentiren mit hypnotisirten Kranken ausgesprochen hat.[1]) Alle diese Proceduren, sie mögen heissen wie sie wollen, enthalten nach Ansicht Gerster's etwas Gewaltsames, das geeignet ist, hochgradige Hysteriker sofort in einen „kataleptischen Zustand" zu versetzen, der in einem hyperästhetischen Nervensystem stets einen ungünstigen Eindruck hinterlässt. „Man schläfre deshalb ausschliesslich durch Suggestion ein und wecke durch sie auf. Man beseitige während des hypnotischen Schlafes jedes Zeichen von Unruhe oder Aufregung durch geeignete Suggestion, man vermeide alles unnütze Experimentiren und beschränke sich auf die für den betreffenden Fall passenden Heilsuggestionen." Mit diesen Worten wendet sich Gerster sowohl gegen Liébeault wie gegen Bernheim, indem er einerseits jede künstliche Erregung eines Sinnesgebietes verwirft und andererseits sich gegen die experimentelle Erzeugung von Katalepsie, automatischen Bewegungen u. dergl. erklärt; es sind dies jedoch lediglich technische Differenzen, welche das allen genannten Autoren gemeinsame Princip gar nicht berühren.

Unter den psychischen oder suggestiven Hypnotisationsmethoden, die, ohne physikalische Hülfsmittel, zur Beseitigung von Contrastvorstellungen sehr geeignet zu sein scheint, wollen wir die von Grossmann beschriebene erwähnen.[2]) Grossmann erstrebt zunächst eine Steigerung der Suggestibilität im Wachen; er glaubt dies zu erreichen, indem er dem Patienten versichert, mit dem Finger auf die Conjunctiva bulbi drücken zu können, ohne dass auf diesen Eingriff ein reflectorischer Lidschluss, also Zwinkern erfolgen werde. Da in der That die Conjunctiva bulbi bei fast allen Menschen sehr wenig empfindlich ist, zumal bei gleichzeitigem Aufmerken auf die Suggestionen des Hypnotiseurs, und in Folge dessen keine Reaction auf die Berührung erfolgte, so ist es wohl denkbar, auf Grund dieser Täuschung Laien für die spätere Schlafsuggestion empfänglich zu machen. Wo dies nicht der Fall ist, fügt Grossmann dem im Uebrigen rein suggestiven Verfahren einen weiteren einfachen Kunstgriff an, der in sehr geschickter Weise ein lebhaftes Müdigkeitsgefühl vorzutäuschen pflegt und damit associativ die Schlafvorstellung unterstützt. Grossmann schreibt hierüber:

[1]) Vgl. Gerster, Beiträge zur suggestiven Psychotherapie. Zeitschr. f. Hypn., Bd. I pag. 319.

[2]) Grossmann, Die Suggestion, speciell die hypnotische Suggestion, ihr Wesen und ihr Heilwerth. Zeitschr. f. Hypn., Bd. I, pag. 410 ff.

„Ich lasse den auf einem Fauteuil nicht angelehnt sitzenden, oder noch besser auf einem Divan in halb sitzender, halb liegender Stellung befindlichen Patienten mich einige Secunden fest fixiren. Ich suggerire ihm nun, dass ein Gefühl der Wärme seine Glieder durchziehe, dass vor Allem seine Arme, die auf den Knieen aufliegen, bleischwer würden. Bei diesen Worten hebe ich diese, sie bei den Handgelenken erfassend, ein wenig in die Höhe und lasse sie mit einem leichten Ruck meiner Hände plötzlich fallen. Sie fallen anscheinend bleischwer auf den Knieen auf, der Patient hat thatsächlich das Gefühl ausserordentlicher Müdigkeit in seinen Armen, wie es mir fast allseitig bestätigt worden ist. Nun kommt, wenn ich noch nicht den etwas starren Ausdruck im Blick, das nur wenige Secunden anhaltende Anzeichen dafür, dass der Schlafbefehl Erfolg haben dürfte, bemerke, der Haupttric. Ich bitte den Patienten, seine Augen zu schliessen, oder schliesse sie ihm selbst, ergreife seine Handgelenke bei rechtwinklig nach oben flectirten Unterarmen und suggerire, dass er so müde würde, dass er sich nicht mehr aufrecht halten könne, vielmehr unbedingt hintüber falle. Dabei drücke ich ihn selbst mit minimalen Rucken allmählich hintüber, bis er mit dem Kopf an der Fauteuillehne angelangt und ertheile, wenn überhaupt noch nöthig, den Schlafbefehl."

Da dieses Verfahren nach der eigenen Angabe seines Urhebers, regelmässig neben dem allgemeinen Müdigkeitsgefühl leichten Schwindel bei dem zu Hypnotisirenden hervorruft, wird es sich wohl nicht in die Praxis einbürgern können. Wir wollten es unter diesen Umständen auch nicht zur therapeutischen Anwendung empfehlen, sondern es sollte nur dazu dienen, die einschläfernde Wirkung einer mit der Schlafvorstellung eng associirten Empfindung zu illustriren und einen harmlosen Kunstgriff zeigen, der sehr wohl geeignet ist, den Kranken von der Macht der Suggestion zu überzeugen, ehe er in Hypnose versetzt ist.

Auf Associationswirkung, theilweise vermischt mit affectstarken Suggestionen, die unter irgend einem mystischen Gewande verborgen sind, müssen auch jene älteren, Hypnose erzeugenden Proceduren zurückgeführt werden, welche sich zumeist auf specifische fluidistische oder magnetische, nur in der Einbildungskraft des Publicums existirende Kräfte stützten. Ein näheres Eingehen auf dieselben ist in diesem Zusammenhange nicht gestattet, wir wollen uns deshalb auf einige noch heute übliche Verfahren beschränken, deren hypnogene Wirkung in gleichem Sinne zu deuten ist. Hierher gehören zunächst jene durch die mannigfaltigen Suggestionen ausgelösten, in Abwesenheit des Arztes eintretenden Autohypnosen, die sich an irgend eine Zeit, einen Ort, die Ausführung einer Handlung anschliessen, oder auch durch larvirte Suggestion ausgelöst werden. Der Arzt kann bei einem Kranken, der öfters hypnotisirt war und dadurch einen gewissen Grad der Suggestibilität erreicht hat, beliebig Schlaf erzeugen, indem er ihm die Suggestion giebt, er werde sich zu einer bestimmten Stunde, an einem

bestimmten Orte (z. B. beim Betreten des Schlafzimmers) schläfrig fühlen und dann sofort in Schlaf verfallen. In vielen Fällen ist es vortheilhaft, die rein verbale Suggestion durch ein materielles, mit der Idee des Einschlafens verknüpftes, oder an die früheren Hypnotisirungen erinnerndes Substrat zu unterstützen, da dadurch eine verstärkte Associationswirkung eintritt. Zu diesem Zwecke lässt man den Kranken, bevor er sich niederlegt, einen Schluck gewöhnliches Wasser (Vogt) oder nach Baierlacher[1]) und Beaunis[2]) sog. „magnetisirten Wassers" trinken. Man kann auch durch den Anblick der Photographie des Hypnotisten (Forel) oder, wie es Bramwell gethan hat[3]), durch Fixirung eines mit geheimnissvollen Linien und Figuren versehenen Papieres in dem Patienten die Erinnerung an den Vorgang des Einschlafens wecken und die Schlafvorstellung so lebhaft werden lassen, dass spontaner Schlaf eintritt. Schliesslich können auf diesem Wege sogar Hypnosen par distance eingeleitet werden. So sind erfolgreiche Suggestivhypnosen in die Ferne vermittelt worden, sowohl schriftlich durch Brief (Baierlacher[1]), Vogt u. A.) und Telegraph (Bramwell[3]) als auch mündlich durch das Telephon (Liégeois[4]), Baierlacher u. A.). An Versuchen, diese Thatsachen im Sinne von rein geistigen Fernwirkungen zu deuten, hat es nicht gefehlt und von verschiedenen spiritistischen und ähnlichen Gesellschaften werden dieselben als Beweise für die Möglichkeit der Gedankenübertragung (suggestion mentale) und Telepathie herangezogen. Natürlich handelt es sich auch hier nach der Auffassung der Nancyer Schule nur um suggestive Erscheinungen, um intensive Folgewirkungen von Zielvorstellungen oder von gefühlsstarken Vorstellungen, theilweise verstärkt durch associative Verknüpfung. Die Form der Suggestion oder die Art einer Association ist dabei, wie Beaunis[5]) ausführt, ganz gleichgiltig; immer wird Schlaf eintreten, vorausgesetzt dass sie geeignet war, die Vorstellung des Schlafes recht intensiv, gewissermaassen mit sinnlicher Deutlichkeit vor dem geistigen Auge des zu Hypnotisirenden auftreten zu lassen, und jede Handlung, an welche durch den Hypnotiseur die Idee des Einschlafens geknüpft ist, mag sie noch so unzweckmässig und selbst

---

[1]) Baierlacher, Die Suggestionstherapie und ihre Technik. 1889, pag. 15.
[2]) Beaunis, Der künstlich hervorgerufene Somnambulismus. 1889, pag. 13.
[3]) Aus Lloyd-Tuckey, Psychotherapie etc., pag. 174.
[4]) Nach Moll, Der Hypnotismus. 1895, pag. 28.
[5]) l. c., pag. 10.

widersinnig erscheinen, reicht hin, um, wenn sie vollendet ist, den Schlaf folgen zu lassen.

Die als „somatisch" bezeichneten Methoden des Hypnotismus, welche nach unseren obigen Ausführungen, vorwiegend der Ruhigstellung von Geist und Gemüth dienen und demnach nur Adjuvantien der Schlafsuggestion sind, haben wir ihrer Wirkungsweise nach in chemische und physikalische zu unterscheiden. Wir wollen jetzt die wesentlichsten derselben, soweit sie noch heute Vertreter in der Praxis finden, im Ueberblick kennen lernen.

Was zunächst die durch Chemikalien erzeugten, unter dem Einfluss narkotisch wirkender Substanzen zu Stande kommenden Hypnosen betrifft, so haben wir bereits oben betont, dass dieselben physiologisch den aus Erschöpfung hervorgegangenen Schlafzuständen an die Seite zu stellen sind. Medicamente sind in der Praxis und in Laboratorien vielfach zur Einleitung von Hypnosen benützt worden. Ueber die Beziehungen der Chloroformnarkose zur Hypnose hat Bernheim[1]) schon lange die Mittheilung gemacht, dass es Personen giebt, „welche sich unter dem Einfluss des Chloroforms hypnotisiren, ehe sie chloroformirt sind." Solche Personen schlafen bei einer chirurgischen Narkose nach wenigen Athemzügen ohne Aufregungsstadium ein, bevor das Chloroform seine Wirkung gethan haben kann; Bernheim pflegt auf Grund dieser Beobachtung, so oft er eine Narkose zu machen hat, die Narkotisirung unter Vermeidung der Excitation zu beschleunigen, indem er von Anfang an beruhigende Suggestionen giebt. Der erste, welcher das Chloroform zur Einleitung der Hypnose benützt hat, ist Rifat[2]); er fand bei Chloroformirten im Stadium der Excitation eine stark gesteigerte Suggestibilität und hält daher bei schwer Hypnotisirbaren eine leichte Chloroformirung für vortheilhaft. Herrero[3]) Wetterstrand[4]), v. Krafft-Ebing konnten diese Erfahrung bestätigen, Lloyd Tuckey[5]) dagegen hat in fünf schwierigen Fällen vom Chloroform gar keinen Nutzen gehabt. Wie

[1]) Bernheim, Die Suggestion und ihre Heilwirkung, pag. 6.

[2]) Revue de l'hypnotisme, Bd. II, pag. 297 ff.

[3]) Premier congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique Paris 1889, pag. 318. Herrero hat durch allmähliche Verminderung der Chloroformdosis nach mehreren Sitzungen schliesslich auf reine Verbalsuggestion hin Somnambulie erzielt. Auch Wetterstrand ist bei vorher völlig Refractären nach Anwendung von Chloroform Erzielung von Somnambulismus geglückt.

[4]) Wetterstrand. Der Hypnotismus etc., pag. 5.

[5]) Psychotherapie, pag. 178.

vorsichtig man übrigens bei der Deutung positiver Erfolge sein muss, beweist der von demselben Autor mitgetheilte Fall Braines (l. c., pag. 11), wo bei einem absolut Refractären durch Vorhalten der leeren Aethermaske vor das Gesicht, tiefe Hypnose mit absoluter Analgesie eintrat. Durch Chloralhydrat konnten Moll[1]), van Velsen[2]) und Barwise[3]) hypnotische Erscheinungen mit posthypnotischen Suggestionen hervorbringen. Barwise empfiehlt ausserdem den Gebrauch von Bromkali und canabis indica zur Beschleunigung der Hypnotisirung. Falk Schupp[4]) berichtet über 9 Fälle, bei denen es ihm gelang, aus der Brom-Aethernarkose Rapport herzustellen und die so erzielte Hypnose zu schmerzlosen chirurgischen Eingriffen zu benützen. Ueber die Bedeutung narkotischer Mittel für den Hypnotismus im Allgemeinen hat von Schrenck-Notzing eine monographische Arbeit erscheinen lassen[5]) und kommt zu dem Resultat, dass speciell der Haschisch eine günstige Wirkung besitze, da die beträchtliche Erhöhung der Suggestibilität im Haschischrausch die Hypnotisirung schwerer Fälle erleichtere. Wir wollen uns einstweilen jeder Kritik der angepriesenen hypnosigenen Wirkungen dieser Narkotica enthalten, da uns die Besprechung der eigenen Erfahrungen im dritten Theil nochmals auf die Frage zurückweist. Ihrer physiologischen Wirkungsweise nach wären die chemischen Mittel als vollkommen identisch zu betrachten mit den Schlaferscheinungen der Erschöpfung.

Unter den physikalischen Mitteln, welche zur Erzeugung eines künstlichen Schlafes jemals eine Rolle gespielt haben, sind die Elektricität, der Magnetismus und sensorielle Reize zu nennen. Die ersteren beiden können wir kurz abthun. Weinhold schreibt der Influenzelektricität eine hervorragende einschläfernde Wirkung zu, Eulenburg und viele Andere rühmen die Galvanisation, Hirt und Ranschburg[6]) dagegen empfehlen, allerdings unter Betonung des suggestiven Characters ihrer Proceduren, faradische Pinselung der Schläfengegend. Der Magnet findet, wenn wir von den Zeiten des „wissen-

[1]) l. c., pag. 35.

[2]) u. [3]) Vgl. Lloyd Tuckey a. a. O., pag. 179.

[4]) Zeitschr. f. Hypn., Bd. III, pag. 50: „Hypnose und hypnotische Suggestion in der Zahnheilkunde". Die kleine Abhandlung enthält auch sonst beachtenswerthe Gesichtspunkte über die hypnotische Technik.

[5]) v. Schrenck-Notzing, Die Bedeutung narkotischer Mittel für den Hypnotismus. Leipzig 1891.

[6]) Ranschburg, Beiträge zur hypnotisch-suggestiven Therapie. Diese Zeitschrift, Bd. IV, pag. 281.

schaftlichen Magnetismus" absehen, heute bei Aerzten fast nur noch in Frankreich Anerkennung; Binet, Féré, Proust, Landoucy, Ballet, Benedict schreiben demselben die specifische Eigenschaft zu, hypnotischen Schlaf zu erzeugen. Eine grosse Anzahl moderner Hypnotherapeuten dagegen betrachtet denselben nur als willkommenes Unterstützungsmittel der mündlichen Suggestion, gewissermaassen als Suggestionsträger (Laufenauer[1]), Baierlacher[2]) u. v. A.), und wir können uns denselben absolut anschliessen. Als sensorielle Reize sind Temperaturreize (Berger, Haidenhain), acustische und optische Reize zum Zwecke der Hypnotisirung im Gebrauch gewesen. Charcot und seine Schüler haben fast ausschliesslich plötzliche Sinneseindrücke von grosser Intensität auf die zu Hypnotisirenden einwirken lassen (Aufblitzen eines Drumond'schen Kalklichtes, elektrischer Funken, Explosion von Schiessbaumwolle, Schlag auf ein Tamtam), nur gelegentlich wurden auch andere Manipulationen ausgeführt, wie Fixirung eines glänzenden Gegenstandes, Druck auf die Augäpfel, Berührungen und Streichen von Stirn und Scheitel. Von allen diesen Verfahren kann nur der Fixation und den Streichungen ein thatsächliches praktisches Interesse zugesprochen werden, da dieselben zu systematischen Methoden ausgebildet worden waren und auch jetzt noch unter verschiedenen Modificationen im Gebrauch sind. Wir wollen deshalb von jedem ein Beispiel anführen.

Die Fixation, von Braid zuerst als specifische Hypnotisirmethode beschrieben und von ihm fast ausschliesslich prakticirt, besteht nach einem Citat bei Bernheim[3]) in folgendem Vorgang:

„Man nimmt irgend einen glänzenden Gegenstand (z. B. den Lanzettenträger) zwischen Daumen, Zeigefinger und Mittelfinger der linken Hand, hält ihn 25 bis 45 Centimeter von den Augen der Person entfernt, um so viel höher als die Stirn, dass die grösste Anstrengung der Augen und Lider nothwendig ist, um den Gegenstand unverändert zu fixiren. Man muss der Person begreiflich machen, dass sie die Augen unverwandt auf den Gegenstand richte und den Geist nur mit der Vorstellung dieses Gegenstandes beschäftigen soll. Die Pupillen werden sich zuerst zusammenziehen, dann werden sie anfangen sich zu erweitern, und wenn sie bis zu einem gewissen Grade erweitert sind, in Schwankungen gerathen. Wenn man dies bemerkt, fährt man mit dem Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand, die man ausgestreckt und ein wenig gespreizt hält, von dem fixirten Gegenstand her gegen die Augen; dann geschieht es oft, dass die Lider des Kranken sich unwillkürlich

[1]) Vgl. Ranschburg a. a. O.
[2]) l. c., pag. 12.
[3]) Neue Studien, pag. 57 f.

unter Zittern schliessen. Wenn dies nicht geschieht, oder wenn der Kranke eine Bewegung mit den Augen macht, lässt man ihn von Neuem beginnen, wobei man ihm zu verstehen gibt, dass er die Lider sinken lassen möge, sobald man wieder mit den Fingern gegen seine Augen fährt, dass aber die Augen selbst in derselben Stellung und der Geist bei der Vorstellung des oberhalb der Augen befindlichen Gegenstandes beharren müsse. Man wird dann zumeist erreichen, dass die Lider sich mit einer zitternden Bewegung schliessen."

Obwohl Braid klar den psychischen Ursprung der Hypnose erkannt hat und in der Einbildungskraft der zu Hypnotisirenden die Quelle aller hypnotischen Erscheinungen suchte, so ist es ihm doch nicht gelungen, diese Erkenntniss auf seine Methodik rationell anzuwenden. Er ist zwar, unter stetem Wechsel seiner Anschauungen, schliesslich bis zur Anerkennung der Verbalsuggestion fortgeschritten, aber bis an sein Lebensende hielt er daran fest, dass das Fixiren des Blickes zur Concentration der Aufmerksamkeit und der Gedanken ein unbedingtes Erforderniss sei; den therapeutischen Werth der Suggestion durch die Rede hat er wohl nie ganz erfasst.[1])

Aehnlich verhält es sich mit jenen Verfahren, welche die Streichungen als specielles Hypnotisirungsmittel empfohlen haben. Man schrieb denselben theils eine directe einschläfernde Wirkung zu (Erzeugung, resp. Uebertragung eines magnetischen Fluidums, einer „force neurique" nach Mesmer, Deleuze, Teste[2]) u. A.), theils führte man ihren Einfluss auf sensorielle Reizung zurück (nach Heidenhain Erzeugung von Wärme). Die Ausführung dieser Procedur soll zunächst an einem praktischen Beispiel und zwar in derjenigen Form, wie sie von Moll beschrieben wurde, demonstrirt werden. Moll schreibt:

„Nachdem die Person sich auf einen Stuhl gesetzt, stelle ich mich vor sie hin; ich nehme meine Hände in die Höhe und bewege meine Handflächen stets parallel der Körperoberfläche der Person von oben nach unten, vom Scheitel etwa bis zur Herzgrube. Ich halte die Hände so, dass ich die Person nicht berühre, sondern ein Abstand von zwei bis vier Centimeter zwischen Hand und Körper besteht.

---

[1]) Vgl. Bernheim (Die Suggestion etc., pag. 194 ff.). Bramwell ist allerdings in den letzten Jahren bestrebt gewesen, zu zeigen, dass Braid (Vgl. besonders dessen Arbeit „James Braid"; Referat dieser Zeitschr., Bd. VI, pag. 167 ff.) bereits die Bedeutung der Suggestion vollständig erkannt und therapeutisch angewandt hat. Wie dem auch sei, diese Erkenntnisse hatten auf die historische Entwickelung unserer heutigen Suggestionslehre keinen Einfluss gehabt. Letztere knüpft sich an die Person Liébeault's.

[2]) Teste kommt dem wirklichen Sachverhalt nahe, indem er der Schilderung seiner magnetischen Striche hinzufügt: „Aber schliesslich gelingen alle Verfahren, wenn sie denen, die sie anwenden, Zuversicht einflössen, und wenn dieselben von ihrer Macht fest durchdrungen sind" (Nach Bernheim, Neue Studien, pag. 56).

Sobald die Hände unten angelangt sind, führe ich sie in weitem Bogen mit ausgebreiteten Armen in die Höhe über den Kopf der Person. Ich mache dann genau dieselben Bewegungen, d. h. Striche von oben nach unten in der Nähe des Körpers; etwa zehn Minuten lang setze ich dies fort. Nach dieser Zeit sehe ich die Person ruhig und tiefathmend sitzen. Auf meine Aufforderung, die Arme zu heben, hebt die Frau sie nur wenig in die Höhe, dann fallen sie ihr wieder schwer herab. Auf meine Anfrage, wie sie sich fühle, erklärt die Person, sie sei schwer müde. Die Augen verbiete ich ihr zu öffnen (sie macht vergebliche Anstrengungen, sie zu öffnen). Nun hebe ich den rechten Arm in die Höhe; er bleibt in der Luft stehen, auch nachdem ich ihn losgelassen habe .... Ich wecke die Person durch Handbewegungen auf, die ich von unten nach oben mache und die parallel der Körperoberfläche sind; jedoch ist der Handrücken hierbei dem Körper der Frau zugewendet. (Sie öffnet nun die Augen und ist aller ihrer Bewegungen mächtig.)"

In neuer Zeit ist die Ausübung der Streichungen, auch „Mesmer'sche Striche oder Passes" genannt, eine sehr beschränkte geworden. Die Schule von Nancy betrachtet dieselben lediglich als ein Hülfsmittel zur Ruhigstellung der Geistesthätigkeit und zur Anziehung der Aufmerksamkeit auf den Vorgang des Einschläferns, manchmal auch als ein indirectes Suggestivum zur Anregung der Schlafvorstellung. In diesem Sinne werden sie von vielen Anhängern der modernen Psychotherapie, wie auch von uns in manchen Fällen, als brauchbares Hypnotisirungsmittel aufgefasst.

Damit sind die wesentlichsten, der Erzeugung eines künstlichen Schlafes dienenden Verfahren, soweit sie in der Medicin zu Heilzwecken ausgeübt wurden, erschöpft. Wir haben aus der kritischen Gegenüberstellung der verschiedenartigen hypnosigenen Methoden ersehen, dass hinter all den zahlreichen Modificationen der Technik, älteren oder jüngeren Datums, jene psychischen Kräfte, welche wir sowohl als die psychologischen Vorbedingungen eines spontanen Schlafes, wie auch als die voraussetzungslosen Principien jedes willkürlichen Einschlafens kennen gelernt hatten, theils vereinzelt, theils gemeinsam und in gegenseitiger Wechselwirkung, in Thätigkeit treten. Zugleich mussten wir constatiren, dass die hauptsächlichsten Richtungen der suggestiven Methode, bei aller Uebereinstimmung in den wirksamen Grundprincipien doch in der technischen Ausführung einer Hypnose nicht unerheblich voneinander abweichen, dass also auch die sog. Schule von Nancy nicht „eine Schule in des Wortes eigenster Bedeutung, als ein homogener, zusammenhängender wissenschaftlicher Körper" aufzufassen ist, sondern dass gerade sie, vermöge ihres psychologischen Characters, von jedem einzelnen Vertreter eine strenge Anpassung seines hypnotischen Verfahrens an die eigene Individualität wie an diejenige des

Patienten verlangt. Eine solche, individualpsychologischen Gesichtspunkten in hervorragendem Maasse Rechnung tragende Methode wollen wir jetzt in dem Verfahren von O. Vogt kennen lernen.

II.

Die Methodik der hypnotischen Behandlung von O. Vogt schliesst sich in Uebereinstimmung mit seinen theoretischen Anschauungen über den Hypnotismus, eng an die Schule von Nancy an; sie bildet, wie so viele Andere, im Grunde genommen nur eine Modification des von Liébeault angegebenen suggestiven Verfahrens. Da Vogt jedoch sowohl hinsichtlich der technischen Ausführung einer Einzelhypnose, als auch mit Bezug auf gewisse, im Verlaufe einer hypnotischen Behandlung zu beachtende praktische Regeln nicht unwesentlich von anderen Autoren abweicht, so erhält seine Methode ein ganz originelles Gepräge und zugleich vermöge ihres inneren Zusammenhanges, einen einheitlichen Character.

Um Missverständnissen vorzubeugen wollen wir gleich hier bemerken, dass nach unserer Auffassung das hypnotische Heilverfahren stets nur einen speciellen Teil der Gesammtbehandlung ausmacht; die Hypnose hat sich einerseits sowohl an die Suggestivtherapie in ihrer grossen Vielgestaltigkeit, wie an die gesammte Psychotherapie im allgemeinen anzugliedern, andererseits soll sie sich mit allen übrigen therapeutischen Maassnahmen und Heilmitteln, soweit für dieselben Indicationen vorliegen, in rationeller Weise und mit wissenschaftlicher Kritik verbinden. Auf letztere Punkte können wir hier nur ganz gelegentlich hinweisen und müssen daher zur näheren Orientirung über allgemein psychotherapeutische Fragen das Studium von Specialwerken empfehlen. [1])

Indem wir nun zur Darstellung dieser speziellen Behandlungsweise übergehen, müssen wir uns zuerst darüber klar werden, welchen therapeutischen Bedürfnissen der Arzt durch eine hypnotische Behandlung genügen kann. Daraus leiten sich dann die beiden methodologischen Fragen ab: erstens wie eine Hypnose beschaffen sein muss, um möglichst günstige therapeutische Resultate zu erzielen, und zweitens die Frage, auf welche Weise solche Hypnosen hergestellt werden.

---

[1]) Wir verweisen hier besonders auf das umfassende „Lehrbuch der gesammten Psychotherapie“ von Löwenfeld. Referat vom Verfasser in dieser Zeitschrift, Bd. VI, pag. 55 f.

Die Vorfrage zunächst können wir dahin beantworten, dass die Hypnose als Heilverfahren in dreifachem Sinne zur Anwendung gelangen kann und zwar:

1) als ein stärkender und ein beruhigender Schlaf;

2) als ein Zustand gesteigerter Suggestibilität zum Zwecke einer Suggestivbehandlung, sowie gesteigerter Empfänglichkeit für andere psychotherapeutische Eingriffe;

3) als ein Zustand gesteigerten Erinnerungsvermögens (Hypermnesie) zur speciellen Diagnose einzelner psychopathologischer Phänomene und dadurch ermöglichtem therapeutischen Eingriff.

1.

Diese therapeutischen Indicationen vorausgesetzt, müssen wir nun zunächst die erste Frage untersuchen, welche methodologische Anforderungen eine Hypnose zur Erreichung ihrer Zwecke zu erfüllen hat, mit anderen Worten, welches Ziel sich eine hypnotische Methodik zu setzen hat, um Hypnosen von grösster Wirksamkeit zu schaffen, sei dies nun als einfacher Schlaf oder zu suggestiven Maassnahmen oder schliesslich zur Ausnützung einer hypnotischen Hypermnesie.

A. Die Hypnose als therapeutischer Schlaf.

Die heilende Wirkung des Schlafes ist eine auch den Laien geläufige Thatsache; es sei nur an den kritischen Schlaf nach schweren fieberhaften Erkrankungen sowie nach schweren Erschöpfungszuständen erinnert. Dass aber auch die Hypnose an sich d. h. als Schlafzustand einen gewissen therapeutischen Werth besitzt, wurde lange Zeit nicht anerkannt und wird auch von mancher Seite noch heute bezweifelt. Bernheim z. B. erklärt nach wie vor Alles durch Suggestion;[1]) die intrahypnotischen Erscheinungen sind, nach seiner Ansicht, in gleicher Weise Suggestivwirkungen, wie die posthypnotischen Heileffecte. Als einer der ersten, der den Heilwerth der Hypnose als solcher klar erkannt und praktisch bewiesen hat, ist Wetterstrand zu nennen. Er hat bei den verschiedensten Anlässen immer wieder betont, „dass man bei Behandlung einiger Krankheiten zu viel Gewicht auf die Suggestion gelegt habe, während die heilbringende Wirkung des Schlafes

---

[1]) Vgl. Bernheim, Die Suggestion etc. und Neue Studien etc.

selbst zu wenig gewürdigt wurde".[1]) Von einem anderen Gesichtspunkte aus hatte allerdings schon früher Charcot die Ansicht ausgesprochen, dass, wo die Suggestion in der Hypnose nicht wirke, oft die Hypnose allein als Heilmittel genüge. Immerhin ist Wetterstrand nach dieser Richtung bahnbrechend gewesen und seine Erfahrungen wurden durch zahlreiche Autoren bestätigt. Dr. Wood hält gegenüber Bernheim den Heilwerth des hypnotischen Schlafes aufrecht;[2]) er ist durch eigene Erfahrung zu der Ueberzeugung gekommen, „dass in gewissen Fällen von Hysterie, nervöser Erschöpfung und Ueberreizung die physiologische Ruhe, die man während des hypnotischen Schlafes geniesst, ein mächtiger und unter Umständen ausreichender Heilfactor ist". Lloyd Tuckey[3]) stimmt ihm im Princip zu, macht jedoch den ganz berechtigten Einwand geltend, dass es in diesen Fällen nicht immer möglich ist, die Heilsuggestion auszuschalten, da der Hypnotisirte das, was der Arzt nicht ausdrücklich sagt, durch Autosuggestion ergänzen kann. Löwenfeld[4]) rühmt die dem natürlichen Schlaf ähnliche, „entschieden beruhigende Wirkung" des hypnotischen Schlafes bei Reizzuständen des Nervensystems; er hat von demselben bei Schlaflosigkeit, manchen Formen von Kopfschmerz, psychischer Unruhe und Angstzuständen mit Vortheil Gebrauch gemacht. Aehnliches berichten Obersteiner,[5]) Moll, Beaunis und Binswanger. Benedict hält sogar die Suggestion mit seltenen Ausnahmen für werthlos und will alle Wirkungen der Hypnose auf den Schlaf zurückführen. Einen ganz eigenartigen Einfluss schreibt Forel dem Schlaf bei Nervenaffectionen auf organischer Grundlage (Apoplexie) zu; er glaubt, dass „die langwierigen Resorptionsprocesse im Bereiche der Blutung durch die Hypnose etwas beschleunigt werden".[6])

Wenn wir, in Uebereinstimmung mit diesen Forschern, dem hypnotischen Schlaf, ohne Zuhülfenahme suggestiver Momente, eine sehr beträchtliche, in manchen Krankheiten sogar wesentliche Heilwirkung

---

[1]) Wetterstrand, Ueber den künstlich verlängerten Schlaf, besonders bei der Behandlung der Hysterie, Epilepsie und Hystero-Epilepsie (diese Zeitschrift, Bd. I, pag. 17 ff.). Ferner den Vortrag über dasselbe Thema nach dem Berichte vom Congress für Psychologie in München (pag. 363).

[2]) The Lancet. Januar 1890.

[3]) a. a. O. pag. 138.

[4]) Löwenfeld, Lehrbuch etc., pag. 143.

[5]) Obersteiner, Die Lehre vom Hypnotismus. Wien 1893.

[6]) Vgl. Dr. Bauer, Aus der hypnotischen Poliklinik des Herrn Prof. Forel in Zürich (Ztschr. f. Hypn., Bd. V, pag. 1).

zuerkennen wollen, — ein Standpunkt, den Vogt schärfer und consequenter als es im Allgemeinen bisher geschehen ist, vertritt —, so entspringt daraus für uns eine selbstverständliche methodologische Aufgabe. Es liegt im Wesen der Sache selbst begründet, dass ein Schlaf um so kräftiger wirkt, je tiefer er ist und es leitet sich daraus für unsere Methodik die Forderung nach möglichst tiefen Hypnosen ab.

Vogt wendet den tiefen hypnotischen Schlaf als Heilmittel in 2 Formen an:

a) Als Dauerschlaf. Die therapeutische Bedeutung protrahirter hypnotischer Schlafzustände ist von Wetterstrand ebenfalls zuerst praktisch bewiesen worden. Er hat verschiedentlich Fälle veröffentlicht, in denen er durch einen ununterbrochenen somnambulen Dauerschlaf von wenigen Wochen bis mehreren Monaten Heilung erzielte, während einfache hypnotische Suggestivbehandlung keinen oder nur unvollständigen Erfolg gebracht hatte.[1]) Andere Autoren (Corval,[2]) Rifat,[3]) Voisin), welche anerkennen, dass die Entschiedenheit der Wirkung sehr häufig von einer längeren Dauer des Schlafes abhängig ist, gehen trotzdem nicht so weit wie Wetterstrand; sie begnügen sich mit einigen Stunden im Tage. Nur Voisin hat bei aufgeregten Geisteskranken und bei Patienten mit Schlaflosigkeit die Hypnose bis zu 32 Stunden ausgedehnt und will manchmal selbst in Fällen, bei denen jede andere auch suggestive Therapie erfolglos gewesen war, nach dem Erwachen völlige Heilung gesehen haben.

Vogt nimmt in dieser Frage eine gewisse Sonderstellung ein. Die Ueberlegung, dass ein Dauerschlaf im Sinne Wetterstrand's, der sich über Wochen und Monate erstreckt, bei unserem Publicum nur ganz selten durchzuführen ist, dabei aber für Arzt und Patient eine Menge Unannehmlichkeiten und Schwierigkeiten in sich schliesst und andererseits der Wunsch, auch weniger günstig gestellten Kranken, welche sich keine eigene Pflegerin halten und Wochen lang im Bett zubringen können, die Segnungen einer protrahirten Hypnose zu Theil werden zu lassen, haben ihn zu einer Aenderung der Methodik bestimmt. Er verfährt nach dem Grundsatze, dass der Dauerschlaf selbst dort,

---

[1]) Wetterstrand, Ueber den künstlich verlängerten Schlaf (diese Ztschr., Bd. I, pag. 17) und Der Hypnotismus etc. In der letzten Arbeit sind zahlreiche Beispiele dieser Art angeführt.

[2]) Vgl. Ztschr. f. Hypn., Bd. 1, pag. 199.

[3]) Étude sur l'hypnotisme et la suggestion. Rev. de l'hypn., Bd. II.

wo er die leitende Maxime einer Behandlung darstellt, im Allgemeinen nie mehr als 20 Stunden im Tage betragen soll. Dieses Princip bleibt auch gegenüber den folgsamsten und besten Somnambulen ausnahmslos in Geltung.[1]) Jeder Hypnotisirte wird zu einer gelegenen Zeit mindestens einmal täglich aufgeweckt und kann so die wichtigsten Functionen, wie Essen, Reinigung, eventuelle therapeutische Maassnahmen etc., sofern es die Krankheit erlaubt, ohne fremde Beihülfe verrichten. Der Kranke bleibt auf diese Weise mehr in Connex mit der Aussenwelt und es werden für den Arzt, wie für das Wartepersonal viele Scherereien erspart. Bei Affectionen, welche bereits einen kürzeren Schlaf (12—18 Stunden inclusive Nachtschlaf) für ausreichend erscheinen lassen, wird die Hypnose im Laufe des Tages wiederholt unterbrochen. Mit Vorliebe lässt Vogt solche Kranke, vorausgesetzt dass sie aus Gründen ihrer Krankheit dazu geeignet sind oder dass sich passende Gelegenheit dazu bietet, zeitweise im Freien schlafen; sie werden zu dem Zwecke auf Hängematten in Wandelhallen, in einem geschlossenen Garten oder auch an geschützteren Stellen im Walde hypnotisirt. Nachtheile haben wir dabei nie gesehen; manche Patienten gaben sogar an, im Freien besser zu schlafen; die Meisten fühlten sich durch den Genuss der frischen Luft entschieden mehr erquickt und verlangten wieder ausserhalb des Zimmers hypnotisirt zu werden; nur Wenige klagten über eine Störung und Beeinträchtigung des Schlafes.

Die bei diesem Verfahren durch öftere Unterbrechung der Hypnosen frei werdende Zwischenzeit kann, je nach der Art des Leidens, in sehr verschiedenem Sinne ausgenützt werden; entweder schiebt man, wo noch anderweitige Behandlung erforderlich ist, die speciellen Heilmethoden ein, wie Hydrotherapie, Electricität, Massage, Gymnastik u. s. w., oder die Pausen werden durch Aufenthalt in frischer Luft, durch Spaziergänge, Pflege der Geselligkeit, Zerstreuung und Aehnliches ausgefüllt. Dann aber kommt hier vor Allem eine rationelle Beschäftigung in Betracht. Die Beschäftigung hat — dies sei nur kurz erwähnt — die Aufmerksamkeit des Patienten voll und ganz zu fesseln, so dass der Kranke sich selbst vergisst und auch nicht — wie gewisse Hysterische — sich einem schädlichen Wachträumen hingeben kann; weiter darf er dabei nicht

---

[1]) Nur wenn der Schlaf nicht nur als Kräftigungsmittel, sondern zugleich als Beruhigungsmittel bei gelegentlichen oder periodisch auftretenden Erregungszuständen dient, z. B. menstruellen psychischen Störungen, acuten Verwirrtseinszuständen, nervösen Anfällen etc., überschreitet Vogt eventuell vorübergehend die Schlafdauer von 20 Stunden.

das Gefühl haben, die Arbeit nur als Mittel zum Zweck, zur Förderung seiner Gesundheit zu verrichten. Dem Kranken muss seine Beschäftigung das Gefühl verleihen, dass er sich der menschlichen Gesellschaft nützlich erweist und so sein socialer Instinct befriedigt wird. Je mehr der Kranke von dem Glauben durchdrungen ist, sich durch seine Beschäftigung Jemandem nützlich zu erweisen, desto mehr thatsächlichen Nutzen wird er selbst davon haben. Eine solche jedem einzelnen Individuum angepasste Wahl ist der schwierigste Theil der gesammten Psychotherapie. Wir können hier aber nicht näher darauf eingehen.

Eine Indication zu einer regelrechten Schlafcur (in Verbindung mit Mastcur) geben alle Erschöpfungszustände, soweit sie nicht durch Neigung zu schädlichen Träumen characterisirt sind. Bekanntlich entstammen gewisse hysterische Zustände, Zwangsvorstellungen, Gefühlsstörungen und ähnliche psychische Anomalien Träumen. In solchen Fällen ist dann allerdings der prolongirte Schlaf direct contraindicirt. Daneben kommt der gelegentlich prolongirte Schlaf bei drohenden oder auch vorhandenen Erregungszuständen in Betracht.

b) Die zweite Form, in der die Hypnose als Schlaf zur Anwendung kommt, ist der periodische, Arbeitsintervalle ausfüllende kurze Schlaf bei pathologisch gesteigerten Ermüdungserscheinungen. Der Einfluss wiederholter Ruhepausen auf die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, speciell auf den Ausgleich einer durch vorangegangene längere Arbeit bedingten Erschöpfung ist in jüngster Zeit durch experimentelle Untersuchungen bestätigt worden. Es haben namentlich die in den „Psychologischen Arbeiten" Kraepelin's niedergelegten Forschungen [1]) den Nachweis eines stetigen Wechselverhältnisses zwischen Arbeitsleistung, Ermüdung und Erholung gebracht, dessen für den Psychotherapeuten wichtigstes Ergebniss darin besteht, dass kleinste, zwischen lange fortgesetzte Arbeit eingeschobene Erholungspausen das absolute Leistungsmaass steigern, während andererseits bei bereits bestehender Ermüdung jede geringste Thätigkeit cumulativ erschöpfend wirkt.

Für uns ergiebt sich daraus die Forderung, alle an Ermüdungs-

[1]) Vgl. speciell: Kraepelin „Ueber geistige Arbeit" und „Psychologische Arbeiten" I. Heft 1, 2 u. 3; Amberg, Ueber den Einfluss von Arbeitspausen auf die geistige Leistungsfähigkeit; Bettmann, Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch körperliche und geistige Arbeit; Oehrn, Experimentelle Studien zur Individualpsychologie (alle Arbeiten referirt durch Brahn in der Zeitschr. f. Hypn., Bd. IV, 1 u. 2).

erscheinungen Leidende, sofern sie überhaupt arbeiten dürfen, so zu beschäftigen, dass sie stets unter der Ermüdungsschwelle bleiben. Hallervorden hat diesen Zweck dadurch zu erreichen gesucht, dass er bei den in Folge geistiger Ueberanstrengung neurasthenisch Erkrankten ein häufiges körperliches Ausruhen derart anordnete, dass er öfters im Tage (10—12 mal) während der Arbeitszeit eine Erholungspause in horizontaler Rückenlage bei geistiger Ruhe eintreten liess, und er konnte, wie er in seiner Abhandlung „Geistige Arbeit und Muskelermüdung“ [1]) mittheilt, bei Denjenigen, welche seiner Verordnung nachkamen (es waren allerdings nur 10 pCt.), immer auf guten Erfolg rechnen. Einen höheren Nutzeffect werden wir natürlich von der Erholung haben, wenn wir an Stelle des einfachen passiven Ausruhens einen tiefen Schlaf setzen. Wir werden also Kranke mit Neigung zu vorzeitiger Ermüdung derartig erziehen, dass sie zunächst nur in ganz kurzen Intervallen von 10—15 Minuten arbeiten, dann je nach Bedürfniss schlafen und dann wieder arbeiten und so fort. Indem wir so, ganz vorsichtig die Ansprüche steigernd, von Tag zu Tag oder von Woche zu Woche die Arbeitszeiten um Weniges verlängern und die Pausen mit dem Schlafe entsprechend abkürzen, oder auch zuweilen eine Hypnose ganz ausfallen lassen, wird es uns gelingen, ohne Gefahr stärkerer Ermüdung immer grössere Leistungen zu erzielen, die Ermüdungsschwelle immer mehr hinaufzudrücken und schliesslich auf die normale Höhe zu bringen. Dabei bedarf es zur Durchführung dieses etwas complicirt erscheinenden Verfahrens keineswegs einer beständigen Intervention des Arztes. Wenn die Kranken erst soweit sind, dass sie tief schlafen und posthypnotische Suggestionen realisiren, genügt eine einfache Suggestion, um den Kranken von selbst einschlafen zu lassen, sobald die vorgeschriebene Arbeitszeit abgelaufen ist. Beispiele dieser Art werden wir später noch kennen lernen.

B. Die Hypnose als Zustand gesteigerter Suggestibilität.

Ueber das Verhältniss der Suggestibilität zu hypnotischen Bewusstseinszuständen herrschen noch sehr verschiedene Auffassungen: die Einen betrachten die Suggestibilität als eine Partialerscheinung der Hypnose, die Anderen dagegen sprechen den hypnotischen Zuständen jede selbstständige Existenz ab und erklären sie lediglich als ein allen anderen suggestiven Erscheinungen gleichwerthiges Product der Sug-

---

[1]) Deut. med. Wochenschr. 1896.

gestion. Auch die Praxis konnte über diese Widersprüche nicht hinwegkommen und sie hat die Anhänger der Suggestivtherapie, nicht immer unter strenger Wahrung der durch die Theorie gezogenen Grenzen, in 2 Lager gespalten. Wenn wir von denjenigen absehen, welche überhaupt Gegner jeder Hypnose sind und sich mit Wachsuggestionen begnügen, so haben wir zu unterscheiden zwischen den Vertretern tiefer und denen oberflächlicher Hypnosen. Hören wir zunächst die wesentlichsten Gründe der Ersteren!

Unter den Anhängern der Hypnotherapie, auf die wir uns hier beschränken wollen, hat sich als rigorosester Gegner tiefer Hypnosen van Eeden bekannt. Er verwirft dieselben erstens, weil er den Somnambulismus für ein pathologisches Phänomen hält, zweitens, weil er von diesem eine besondere Heilwirkung nicht erwartet und drittens, weil er aus moralischen Bedenken dem Arzte nicht die Berechtigung einräumen kann, die Suggestibilität eines Menschen, wie es in dem somnambulen Stadium geschieht, nach Belieben zu steigern. Bezüglich der therapeutischen Wirkung der Somnambulie hat v. Eeden die unangenehmsten Enttäuschungen erlebt, und er ist zu der Ueberzeugung gelangt, „dass bei chronischen Fällen die Genesung dann mehr Aussicht auf dauernden Erfolg hat, wenn der Schlaf sehr leicht gewesen war“, d. h. wenn keine Amnesie oder Anästhesie bestanden hatte. Er beschränkt sich deshalb in allen Fällen darauf, „einen Zustand der Somnolenz zu erzielen, der gewissermaassen nichts mehr ist, als ein passives Sichniederlegen mit geschlossenen Augen, eine Art innerlicher Concentration, um die psychische Energie (effort, ideoplastisches Vermögen) in grösster Kraft wirken zu lassen“.[1]) In der planmässigen Vermeidung aller tieferen hypnotischen Stadien stimmt Baierlacher[2]) mit v. Eeden überein, dagegen fordert er, in directem Gegensatz zu diesem, gerade eine möglichste Erhöhung der Suggestibilität, was er aber nicht durch tiefen Schlaf, sondern durch Erzeugung von cataleptischen und automatischen Phänomenen erreichen will. Auch Hirt[3]) hat nie tiefe Hypnosen angewendet; er verdankt seine beachtenswerthen Heilerfolge durch Suggestion lediglich einer Art passiven Ausruhens mit vollständiger Erhaltung des Bewusstseins, wobei niemals ein Patient das Gefühl des Schlafes hat; er zieht deshalb diese Zustände entschieden

---

[1]) Die Grundzüge der Psychotherapie (Zeitschr. f. Hypn., Bd. I, pag. 94 f.).

[2]) Baierlacher, l. c., pag. 21.

[3]) Vgl. Hirt, Ueber die Bedeutung der Verbalsuggestion in der Neurotherapie. Diese Zeitschrift, Bd. II, pag. 287 ff.).

vor, da sie keinen solchen Eingriff in das Seelenleben eines Menschen bedeuten, wie die Somnambulie. Neuerdings hat sich auch Grossmann, der früher, soweit aus seinen älteren Arbeiten dieser Zeitschrift ersichtlich,[1]) den Somnambulismus zu erreichen suchte, zu den Gegnern tiefer hypnotischer Grade geschlagen; er hält es jetzt sogar für gerathener, „es in allen Fällen zunächst mit reiner Suggestionstherapie zu versuchen“[2]) und kommt damit einem Standpunkt nahe, den auch früher v. Schrenck-Notzing[3]) eingenommen, aber jetzt verlassen hat.

Neben diesen vereinzelten Ausnahmen legt die Mehrzahl der praktisch thätigen Hypnotherapeuten den Hauptnachdruck auf die Erzielung eines tiefen, somnambulen Schlafes mit Amnesie. Wir wollen uns darauf beschränken, die Ansicht Vogt's näher zu präcisiren. Vogt vertritt den Standpunkt, dass Suggestibilität und Tiefe der Hypnose einander stets parallell gehen, d. h. dass die Suggestibilität um so grösser ist, je mehr ein monoïdeïstisches, partielles Wachsein ausgeprägt ist. Vielfach wird noch heute die Suggestibilität als solche mit der Tendenz, einzelne Heilsuggestionen festzuhalten, verwechselt. Dagegen wendet sich nun Vogt ausführlich im Lehrbuche von Forel in seinen Adnotationen zur Psychophysiologie der Suggestion. Er schreibt dort: „Die Beziehung zwischen Suggestibilität und Erfolg mit therapeutischen Suggestionen ist eine sehr geringe; das Haftenbleiben momentan erfolgreicher Suggestionen ist eine ganz andere psychische Eigenthümlichkeit wie die Suggestibilität.“ [4]) Damit will Vogt keineswegs gesagt haben, dass eine Vertiefung der Hypnose nicht auch posthypnotisch ein längeres Haften der Heilsuggestionen bedinge; er will gerade beweisen, dass ein und dasselbe Individuum um so mehr und um so nachhaltiger Suggestionen realisiren wird, je tiefer es hypnotisirt ist. Es bleibt aber trotzdem die Möglichkeit bestehen, dass von zwei Individuen, von denen das eine sehr wenig, das andere pathologisch stark suggestibel ist, doch das erstere eine grössere Tendenz zum Festhalten der Suggestion besitzt als das zweite.

---

[1]) Vgl. Die Suggestion etc., l. c.

[2]) Bericht vom internationalen Congress für Psychologie, 1896, pag. 363, Discussion.

[3]) Vgl. Ein Beitrag zur therapeutischen Verwerthung des Hypnotismus, 1888, pag. 49.

[4]) Forel, Der Hypnotismus, pag. 46.

Dies ist eine Lehre, die nicht erst theoretisch erschlossen wurde; sie ist vielmehr aus der Praxis abgeleitet und durch zahlreiche Parallelversuche immer wieder bestätigt worden. Aber auch andere, klinische Erfahrungen haben uns in dieser Anschauung bestärkt. Die Beobachtungen an Hysterischen z. B., deren Symptome zum Theil auf Träume zurückzuführen sind, sprechen entschieden für dieselbe. Wenn man bei solchen Kranken die während der Hypnose bestehende suggestive Hypermnesie zur Erforschung der Pathogenese gewisser Symptome ausnützt, wird man constatiren können, dass gerade die Träume des tiefen Schlafes mit nachheriger Amnesie die pathogensten sind.

Gelingt es in diesen Fällen die Amnesie zu beseitigen, so beobachtet man vielfach ein Verschwinden des Symptoms, da nunmehr eine Correction der Traumvorstellungen durch die Ideenassociation, d. h. eine Beseitigung der bis dahin stattfindenden einseitigen psychophysischen Stauung möglich ist. Umgekehrt ist es aber gerade die Verhinderung dieser Beseitigung der suggestiv bedingten einseitigen psychophysischen Stauung, die uns die erfahrungsmässig festgestellte Thatsache verständlich macht, dass der zunehmenden Vertiefung des hypnotischen Zustandes eine progressive Steigerung der Suggestibilität für posthypnotische Suggestionen entspricht. Einerseits steht — wo nicht speciell suggestive Verschiebungen stattgefunden haben — nämlich der Grad der Amnesie in proportionalem Verhältniss zur Tiefe der Hypnose und andererseits wird die Ideenassociation um so weniger den suggestiven Einfluss einer Zielvorstellung beeinträchtigen, je grösser für diese die Amnesie ist. Wir können die Richtigkeit dieser Deduction an vielen Kranken mit psychoneurotischen Störungen praktisch erproben. Es giebt gewisse Hysterische, ebenso wie schwere, hypochondrisch veranlagte Neurastheniker, welche eine ausgesprochene Neigung besitzen, alle Heilsuggestionen des Arztes zu kritisiren und in Folge der durch die Kritik wachgerufenen Contrastvorstellungen (Zweifel, Aengstlichkeit etc.) die Realisation derselben in Frage zu stellen oder zu annulliren. Bei solchen Kranken wird man durch Wachsuggestion oder durch hypnotische Suggestion bei erhaltenem Erinnerungsvermögen gar nicht oder nur äusserst schwer, unter Aufgebot zähester Consequenz und höchster Geduld, zum Ziele gelangen. Eine einzige tiefe Hypnose mit consecutiver Amnesie dagegen vermag oft den unabsichtlichen Widerstand des Kranken zu brechen und den Vorstellungen des Arztes das Uebergewicht zu verschaffen. Es verhalten sich die in tiefer Hypnose gegebenen Suggestionen umgekehrt, wie gewisse nur durch ihren Gefühls-

ton im Bewusstsein nachweisbare affectstarke pathogene Erlebnisse, wie sie uns Breuer und Freud zuerst kennen gelehrt haben.[1]) Gerade weil jene Erinnerungsbilder nicht durch das Wachbewusstsein corrigirt werden können, wirken sie pathogen oder verstärkt sich wenigstens die pathogene Wirkung.

Weiterhin muss nun noch ein Umstand bei der Beurtheilung der Frage nach den hypnotischen Suggestivwirkungen berücksichtigt werden. Wir haben bisher gesehen, dass der Erfolg von Suggestionen sowohl seiner Intensität als seiner Dauer nach ganz wesentlich von der Tiefe der Hypnose abhängt; wir müssen aber daneben bedenken — und dies ist in der Praxis vielfach übersehen worden —, dass die Folgewirkung einer Zielvorstellung, ganz abgesehen von dem Grad der Hypnose, sehr wesentlich durch ihren affectiven Character bestimmt ist. Schon von den allerersten Erforschern des Hypnotismus ist darauf aufmerksam gemacht worden, dass manchmal Suggestionen, trotz eines ausgesprochenen somnambulen Zustandes, gar nicht oder nur mit grösstem Widerstreben erfüllt werden und zwar ganz besonders dann nicht, wenn ihre Ausführung den Hypnotisirten peinlich war. Posthypnotische Suggestionen zeigen diese Tendenz, unrealisirt zu bleiben, in noch höherem Maasse als intrahypnotische, sobald sie irgendwie gegen das Empfinden des Patienten verstossen. Vogt geht nun so weit, dass er einer affectstarken Zielvorstellung des Wachbewusstseins vielfach einen stärkeren suggestiven Einfluss zuschreibt als indifferenten Zielvorstellungen eines hypnotischen Bewusstseins. Auch Bramwell hat sich ähnlich ausgesprochen. Vielfach aber, wo Autoren heilbringende Wachsuggestionen wirkungslosen hypnotischen Suggestionen (oder solche oberflächlicher Hypnosen denen tiefer) gegenüber stellten, handelte es sich um den Gegensatz zwischen affectstarken und affectschwachen Zielvorstellungen. Man darf eben nur solche Suggestionen der beiden Classen bei einem und demselben Individuum miteinander vergleichen, die in gleicher Weise das Gefühlsleben erregten.

Eine letzte Fehlerquelle seiner Gegner sieht Vogt darin, dass deren „Suggestionen der tiefen Hypnose“ den fraglichen Patienten gegeben waren, wo diese durchaus nicht in einem monoïdeïstischen Rapportverhältniss zum Arzte standen, sondern sich in einem gleichmässigen tiefen Schlaf befanden. Von einem suggestiv erzeugten schlafartigen Zustand als dem gesteigerter Suggestibilität kann natür-

[1]) Vgl. Studien über Hysterie von Jos. Breuer u. Sigm. Freud. Lpz. 1895.

lich nur dann die Rede sein, wenn sich der Schläfer in einem Zustand befindet, wo der Hypnotiseur jeder beliebigen Vorstellung im Schläfer sofort annähernd die Erregbarkeit des Wachseins geben kann, wo er jederzeit jedes beliebige partielle Wachsein hervorrufen kann. Je circumscripter dieses sich dann gestaltet, um so psychophysisch wirksamer ist es: das ist die Grundlehre Vogt's.

Das Gleiche gilt, cum grano salis gesprochen, von allen übrigen psychotherapeutischen Einwirkungen des Arztes. Der Kranke ist für jede Form psychischen Einflusses, für erzieherische Eindrücke wie für logische Ueberredungen, für Lob und Tadel und andere emotive Anregungen (Emotionstherapie) empfänglicher in der Hypnose als im Wachen, und er ist es um so mehr, je tiefer er hypnotisirt ist. Gerade dieser Umstand ist bis jetzt von den Psychotherapeuten fast völlig vernachlässigt worden. Man spricht von Willensgymnastik, von intellectueller Gymnastik und in neuester Zeit von einer Suggestionsgymnastik nach Lehmann (Oynhausen); man will durch diese Verfahren, d. h. durch eine die Ansprüche langsam steigernde Uebung und Dressur im Wachen die erschlaffte Willensenergie kräftigen, die gesunkene geistige Arbeitskraft heben und schliesslich sogar körperliche, in Folge organischer Läsionen gehemmte Leistungen wiederherstellen. Kein Zweifel, dass dies in hohem Maasse möglich ist. Allein schon die Grundprincipien der hypnotisch-suggestiven Technik müssen den Gedanken nahe legen, dass die gleichen Verfahren, welche doch lediglich den auf psychischem Wege erfolgenden bahnenden und regulirenden Einflüssen ihren Erfolg verdanken, in viel höherem Grade während der Hypnose wirksam sein werden, d. h. in einem Bewusstseinszustande, der hauptsächlich durch einseitig gesteigerte Bahnungen und Hemmungen ausgezeichnet ist. Dass dies in der That der Fall ist, beweist uns wiederum die praktische Erfahrung. Während Lehmann vermittels seines Verfahrens, der übrigens sehr zeitraubenden und aufopfernden Suggestionsgymnastik, im Ganzen in fünf Fällen von Hemiplegie ohne hochgradige Contractur Erfolge erzielt hat,[1]) konnten wir bei einer schweren organischen Lähmung, einem nach Ausspruch der „Autoritäten" rettungslosen Fall, bereits nach wenigen hypnotischen Sitzungen mit entsprechenden Muskelübungen eine ziemlich beträcht-

[1]) Citirt nach Löwenfeld, l. c., pag. 125. Das hier von Lehmann unter neuem Namen beschriebene Verfahren ist übrigens lediglich eine Copie der bereits von Charcot geübten und in seinen poliklinischen Vorlesungen verschiedentlich (Vgl. Bd. I, pag. 286) beschriebenen gymnastischen Dressur mit dem Dynamometer.

liche willkürliche Bewegungsfähigkeit des gelähmten Gliedes im Wachen constatiren.

Noch drastischer tritt diese günstige, Effect steigernde Wirkung der Hypnose bei moralischen und logischen Einflüsterungen zu Tage. Ein Beispiel soll dies klar machen. Ein Student der Medizin, der früher onanirt und in Folge dessen an Pollutionen gelitten hatte, wacht seit jener Zeit jeden Morgen mit einem dumpfen Gefühl im Kopf auf, trotzdem die Pollutionen seit Langem verschwunden sind. Dieser sonst sehr intelligente Mensch führt die krankhaften Sensationen auf „innere Pollutionen“ zurück und ist von seiner Ansicht durch nichts abzubringen; er erhebt gegenüber allen Auseinandersetzungen den Einwand, das sei eben etwas, was die Wissenschaft noch nicht entdeckt habe; er fühlt sich dabei schwer krank, zieht sich von allem Verkehr zurück und sucht immer wieder vergeblich bei anderen Aerzten Heilung. Nachdem es auch nicht gelungen war, durch Suggestion das dumpfe Gefühl zu beseitigen, wurde der Kranke in den Grundfragen der Psychologie unterrichtet und ihm dann logisch bewiesen, dass seine jetzigen Empfindungen im Kopfe nur associativ wachgerufene, sinnlich lebhafte Erinnerungsbilder früherer durch die thatsächlichen Pollutionen erregter Empfindungen seien, dass sie aber sonst keine andere Ursache hätten. Patient versicherte darauf mit einer sonst nur dem Paranoiker characteristischen Ueberzeugtheit, dass er an eine solche Erklärung bei anderen Menschen durchaus glaube, dass er auch volles Vertrauen zu dem behandelnden Arzte habe, dass er aber für seine Person an den wissenschaftlich noch nicht entdeckten inneren Pollutionen festhalten müsse. Jetzt wurde der Patient in Hypnose versetzt; in derselben wurden einfach, unter strenger Vermeidung jeder directen Suggestion, die früheren Ausführungen einer psychologischen Erklärung seiner Sensationen wiederholt. Nach dem Erwachen zeigte Patient einen vollständig veränderten Gesichtsausdruck und am Nachmittag desselben Tages kam Patient entgegen der getroffenen Verabredung bereits wieder zum Arzt, um zu erklären, dass er sich geheilt fühle. Die Heilung hat jetzt 2 Jahre angehalten.

Unter den Indicationen für eine hypnotische Behandlung zur Verstärkung einer suggestiven Therapie oder anderer psychotherapeutischer Maassnahmen sind zu nennen: alle diejenigen Fälle, wo die entsprechenden Methoden im Wachzustand ohne Erfolg waren, oder wo von vornherein bei dem Patienten ein grösseres Vertrauen zur hypnotischen Behandlung als zur Wachbehandlung oder einer larvirten Suggestiv-

behandlung besteht. Wer z. B. Vertrauen zu Bädern oder zu electrischen Proceduren hat, dem werden wir diese Behandlung angedeihen lassen, werden aber mit der Electricität von Anfang an mündliche Suggestionen verknüpfen. Dabei sei, um Missverständnissen zu begegnen, auch hier wiederum betont, dass wir der Electricität, den Bädern u. dergl. physikalischen Methoden nicht jede curative Einwirkung auf den Körper absprechen, aber allerdings den Hauptantheil an der Heilung der Suggestion zuschreiben und ganz andere Erfolge überall da beobachtet haben, wo wir mit solchen Maassnahmen directe Suggestionen verknüpften und die psychische Wirkung des physikalischen Agens nicht lediglich der Einbildungskraft oder der Autosuggestion der Kranken überliessen.

Als Contraindication kann nach unseren Erfahrungen nicht eine besondere Erkrankung, sondern nur das einzelne Individuum in Betracht kommen. Hier handelt es sich ausschliesslich um ungünstig wirkende Associationen, die sich mit Geduld sicherlich stets überwinden lassen. Aber öfter macht der Umstand, dass man auf andere Weise schneller zum Ziele kommt, diese Geduldsprobe unnöthig.

C. Die Hypnose als Zustand eines gesteigerten Erinnerungsvermögens.

Soweit wir schliesslich hypnotische Zustände in der Therapie verwenden, um die Pathogenie einzelner (namentlich hysterischer) Symptome durch die hypnotische Hypermnesie festzustellen, so ist auch hier eine Hypnose um so erfolgreicher, je tiefer sie ist. Freud und Breuer haben selbst ursprünglich die Somnambulhypnose zur Voraussetzung des Gelingens der von ihnen so benannten „kathartischen Methode“ gemacht, in der ganz richtigen Erwägung, dass eine so tiefgreifende eventuell bis in die früheste Kindheit zurückreichende Analyse des psychischen Lebens, wie sie die Grundlage ihres Heilverfahrens bildet, nur bei hochgradig gesteigertem Erinnerungsvermögen, also nur während der „somnambulen Erweiterung des Gedächtnisses“ wirksam zur Durchführung gelangen könne, und dass vor Allem nur in der tiefen Hypnose ein affectvolles Erinnern der durch Abwehr aus dem Bewusstsein verdrängten pathogenen Erlebnisse d. h. ein wirkliches Abreagiren der eingeklemmten Affecte möglich sei.[1]) Später musste

[1]) Bezüglich der näheren Theorie Freud's über die Aetiologie der hysterischen Symptome und deren Beseitigung sei auf die Referate des Verfassers („Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen“ und „Zur Aetiologie der Hysterie“) in dieser Zeitschrift, Bd. IV, pag. 260f. und pag. 387f. verwiesen.

Freud, wie er selbst zugiebt, in Folge der Unzulänglichkeit seiner hypnotischen Technik auf die tiefe Hypnose in den meisten Fällen verzichten, und er liess — so führt er aus [1]) — da, „wo der erste Versuch bei der Anbahnung eines kathartischen Verfahrens nicht Somnambulismus oder einen Grad von Hypnose mit ausgesprochen körperlichen Veränderungen ausgab“, . . . „die Hypnose scheinbar fallen, verlangte nur „Concentrirung“ und ordnete die Rückenlage und willkürlichen Verschluss der Augen als Mittel zur Erreichung der Concentrirung an“; schliesslich ist er von seinem anfänglichen Princip so weit abgekommen, dass er Psychoanalysen bei völligem Wachsein im gewöhnlichen Gespräche vornahm (vgl. Fall IV seiner „Studien“). In technischer Beziehung beruht das Vorgehen zur Wiedererweckung pathogener vergessener Vorstellungen auf dem gleichen Verfahren, dessen sich Bernheim bedient, um die Erinnerung an Vorgänge der Hypnose, für welche nach dem Erwachen Amnesie besteht, in das Gedächtniss zurückzurufen. [2])

Da wir uns mit der Methode des Abreagirens im dritten Theil noch ganz speciell zu beschäftigen haben werden und namentlich den curativen Werth derselben an der Hand unserer Erfahrungen kritisch beleuchten müssen, so wollen wir uns hier darauf beschränken, an einem Beispiele zu demonstriren, in welcher Weise die hypnotische Hypermnesie allgemein psychotherapeutisch verwendet werden kann. Eine Patientin leidet an hysterischen Ohnmachten; sie fällt plötzlich hin, um nach einiger Zeit wieder zu erwachen. Im Wachsein und ebenso in oberflächlicher Hypnose weiss sie durchaus keine Auskunft über die Pathogenese dieser plötzlichen Bewusstseinsverluste zu geben. Im stark eingeengten partiellen Bewusstsein dagegen, bei Concentration aller psychischen Energie auf die vorhergehende Ohnmacht, giebt die Kranke nach einer derartigen Folgendes an: Sie sei in das Zimmer des Arztes getreten; hier sei ihr Blick auf einen Schrank gefallen; in demselben Augenblick habe sie sich in ihre frühere Wohnung vor einen ihrer eigenen Schränke versetzt gesehen; dann sei ihr (seit Jahren von ihr getrennt lebender) Mann ins Zimmer getreten. Er sei auf sie zugestürmt, habe sie mit der Faust gegen den Kopf geschlagen, dass sie zu Boden stürzte und dann mit den Füssen getreten, bis sie besinnungslos geworden. Auf weiteres Nachfragen gab sie an, eine

[1]) Vgl. „Studien etc.“, pag. 92.
[2]) Bernheim, Neue Studien, pag. 91.

derartige Scene früher wirklich erlebt zu haben. — In dieser Weise konnte durch Ausfragen während der Hypnose festgestellt werden, dass alle ihre einzelnen Anfälle durch Associationen, die an Gegenstände ihrer Häuslichkeit verknüpft waren, ausgelöst wurden. Auf Grund unserer Analyse wurde dann eine Entfernung der Patientin aus ihrer gegenwärtigen Umgebung veranlasst und eine hypnotische Behandlung mit 20 stündiger Bettruhe und 1 stündigem Spaziergang eingeleitet. Bei dieser Form von Isolirung und Behandlung wurde wohl eine wesentliche Besserung, aber keine völlige Beseitigung der Anfälle erzielt. Wiederholte Psychoanalysen im somnambulen Zustand ergaben dann als Ursache der noch auftretenden Anfälle auch hier associative Verknüpfungen mit früheren Erlebnissen, die ihr früheres unglückliches Eheleben zum Mittelpunkt hatten; so erinnerte z. B. ein Spaziergang im Walde die Patientin an einen im Walde verlebten Tag ihrer Brautzeit und die Kegelbahn an ein ebenfalls in jener Zeit gemeinsam mit ihrem Manne verlebtes Kegelfest. Jedes Oeffnen der Thür erinnerte sie an früheres Hereintreten des Gerichtsvollziehers u. dergl. mehr. Die hypnotische Hypermnesie war also hier im Stande, uns über den Mechanismus gewisser Symptome und die Ursache von deren Auslösung Aufschluss zu geben; sie legte uns dadurch die Indication zu einer absoluten Isolation der Patientin, verbunden mit dauernder Bettruhe ohne Verlassen ihres Zimmers nahe, einer Isolation, die ohne grössere pecuniäre Opfer schwer durchführbar und auch für das Gros der Fälle nicht in dem Maasse nothwendig ist, hier aber, wie die Folgezeit lehrte, dringend erforderlich gewesen war.

Als Indicationen kommen hier alle die Fälle in Betracht, wo eine Erweiterung des Gedächtnisses von Werth ist. Hier kommen natürlich zunächst pathologische Amnesien in Betracht. Es sei da constatirt, dass Vogt eine vollständige Beseitigung dieser erreichte: nicht nur bei eigentlich hysterischen Amnesien, sondern auch bei Fällen acuten Verwirrtseins auf neurasthenischer Grundlage, bei Handlungen in starkem Affect, bei postepileptischen und bei infectiösen Amnesien. Was speciell hysterische Amnesien anbelangt, so verfügt Vogt über eine grosse Reihe solcher Fälle. Er hat dieselben stets beseitigen können. Andererseits hat er nie für den eigentlichen epileptischen Anfall (wohl für den postepileptischen Dämmerzustand) die Amnesie beseitigen können. Auf diese Weise konnte er — ähnlich wie auch Freud und Breuer angeben — in mehreren Fällen von Hysterie, die von den

ersten Autoritäten für Epilepsie erklärt waren, die richtige Diagnose stellen und dann auch durch eine erfolgreiche Behandlung verificiren. Neben einer Beseitigung pathologischer Amnesien kann auch die Erweiterung des zu seinen normalen Grenzen ausgedehnten Bewusstseinsumfanges psychopathologisch und therapeutisch in ähnlicher Weise von Nutzen sein, wie es Vogt für die normale Psychologie bewiesen hat.[1]

Als Grundbedingung für eine erfolgreiche hypnotische Therapie haben wir in Vorstehendem tiefe Hypnosen kennen gelernt. Damit sollte keineswegs den oberflächlichen hypnotischen Stadien jeder therapeutische Werth abgesprochen werden, es sollte nur bewiesen werden, dass aus theoretischen wie empirischen Gründen der Arzt stets bestrebt sein muss, möglichst tiefe Hypnosen zu erzeugen, gleichviel ob er die Hypnose als einfaches Schlafmittel anwendet, oder ob er einen Zustand weitgehender Dissociation als Stadium höchster Zugänglichkeit für psychotherapeutische Eingriffe braucht, oder schliesslich ob er sich die hypnotische Hypermnesie dienstbar machen will; in allen Fällen wird — dahin wollen wir resumiren — der Heilwerth intensiv und extensiv grösser sein, je tiefer die Hypnose war.

(Fortsetzung folgt.)

[1] Vgl. Vogt, Die directe psychologische Experimentalmethode in hypnotischen Bewusstseinszuständen. Ztschr. f. Hypn. etc., Bd. V.

Erfolge der hypnotischen Suggestiv-Behandlung in der Praxis, II.[1])

Von

Dr. H. Delius in Hannover.

Meine Herren! Indem ich mir erlaube, Ihnen heute als Fortsetzung meines vorjährigen Vortrages über die Erfolge der Psychotherapie weitere Mittheilungen aus meiner Praxis zu machen, wende ich mich zunächst zur Hysterie und dieser verwandten Zuständen.

Ich bin mehrfach bei den hiesigen Collegen dem Glauben begegnet, dass ich die Hysterie als sehr wenig geeignet für die hypnotisch-suggestive Behandlung ansähe. Das ist durchaus nicht der Fall. Ich habe mich nur gegen die noch sehr verbreitete Ansicht gewendet, dass die Hysterie so ziemlich das einzige Leiden sei, dem man mit der Hynose beikommen könne, und nur betont, dass man durchaus nicht denken dürfe, man hätte bei dieser Krankheit mit der hypnotischen Behandlung immer leichtes Spiel. Im Gegentheil bietet die Hysterie dem Psychotherapeuten oft gerade die allergrössten Schwierigkeiten, und man muss sich jedenfalls bei jeder nur einigermaassen lange bestehenden Krankheit dieser Art von vornherein mit Geduld und Ausdauer wappnen.

Allerdings giebt es ja ungezählte Fälle — und wohl jeder Arzt wird sich solcher aus seiner eigenen Praxis erinnern — bei denen auch ohne Hypnose durch irgend eine geschickt angebrachte Suggestion hysterische Erscheinungen mit einer fast verblüffenden Leichtigkeit beseitigt wurden. Aber da handelt es sich immer um ausserordentlich suggestible, meist jugendliche Individuen, bei denen auch in der Regel die betreffende Affection noch nicht besonders lange bestanden

[1]) Vgl. diese Zeitschrift. Bd. V, S. 219 u. f.

hatte. Und diese leichteren Fälle pflegen den Weg zu dem specialistisch die Psychotherapie betreibenden Arzte, bis jetzt wenigstens, nur sehr selten zu finden. An diesen wendet man sich naturgemäss ja doch erst, wenn die sonst üblichen Wege zur Wiederherstellung vergeblich begangen sind. Dann führt aber auch dieser oft nicht mehr zu dem ersehnten Ziele.

Man fasst die Hysterie vom psychotherapeutischen Standpunkte aus heute als eine Krankheit auf, bei der die normaliter bei jedem gesunden Menschen schon mehr oder weniger vorhandene Suggestibilität ins Krankhafte gesteigert ist. Dabei wirken nicht nur die Worte und Handlungen eines anderen Menschen auf solche Personen suggestiv, sondern diese erfahren auch aus ihren eigenen Vorstellungen, aus Empfindungen und Gefühlen von Vorgängen in ihrem Körper die mächtigsten Suggestivwirkungen. Und besonders diejenigen der letzteren Art sitzen oft so fest, dass sie aller vernünftigen Logik spotten.

Man hat bekanntlich, um die Begriffe leichter handhaben zu können, die Suggestibilität in eine solche für Fremd- und eine für Autosuggestionen geschieden. In dem einen Falle ist die erstere, in dem anderen die letztere stärker ausgeprägt.

Bei den Hysterischen tritt dieser Unterschied oft besonders deutlich hervor. Die Einen sind überhaupt besonders suggestibel, also auch für Fremdsuggestionen, und die Anderen wesentlich nur autosuggestibel. Auf diesen Unterschied bei der Hysterie hat meines Wissens zuerst Ringier aufmerksam gemacht. Er hat die Hysterischen deshalb in diese zwei Gruppen eingetheilt.

Uebrigens gilt diese Erscheinung nicht blos für die Hysterie, sondern sie ist ganz allgemein. Ich brauche auch wohl kaum zu betonen, dass die beiden Arten der Suggestibilität einander nicht ausschliessen. Ueberhaupt ist diese Unterscheidung eigentlich nur für den Therapeuten von Bedeutung, weil aus dem Ueberwiegen der einen oder anderen Art eine geringere oder grössere Mühe für den Arzt resultirt.

Es ist nun klar, dass man Hysterische mit stark entwickelter Fremdsuggestibilität leicht günstig beeinflussen kann, während umgekehrt bei der anderen Categorie die Heilsuggestionen an dem festen Walle der meist durch langes Bestehen fixirten Autosuggestionen wirkungslos abprallen und es erst allmählich durch geschickte Angriffe gelingt, den Damm zu unterwühlen und endlich zu durchbrechen.

Das gilt sogar für die Hypnotisirbarkeit selbst. Während ja im Allgemeinen die Hysterischen in Folge ihrer gesteigerten Suggestibilität naturgemäss auch leicht in Hypnose zu versetzen sind, kann man hin-

gegen die durch besonders entwickelte Autosuggestibilität sich auszeichnenden Kranken oft nur sehr schwer und selbst gar nicht hypnotisiren, da z. B. die Furcht, nicht dafür empfänglich zu sein, sich sofort zu einer unüberwindlichen Autosuggestion verdichtet.

Eine besonders stark entwickelte Autosuggestibilität habe ich übrigens vorwiegend nur bei etwas älteren Kranken mit schon langer Krankheitsdauer gefunden. Und dies halte ich für ausschlaggebend für die mehr hervortretende Autosuggestibilität. Denn gerade weil die Kranken trotz vieler nicht zum Ziele führender Curen keine Heilung gefunden, hat sich der Gedanke der Unheilbarkeit gebildet und fixirt und leistet nun allen noch folgenden Heilsuggestionen um so erfolgreicheren Widerstand, je länger er es vorher schon gethan hat, während bei frischen Erkrankungen eine entsprechende Autosuggestion noch keine genügende Zeit zur Ausbildung gehabt hat.

Nichts destoweniger sind natürlich auch in älteren Fällen die Hysterie und Verwandtes, sowie ihre Halbschwester, die Neurasthenie, bei der nöthigen Ausdauer auf Seiten des Arztes wie des Patienten ein keineswegs undankbares Wirkungsfeld für die psychische Therapie.

Das hatte man auch schon lange eingesehen und gepredigt, noch ehe man auf unseren Hochschulen viel von Hypnotismus wusste. Seit seinem stärkeren Hervortreten aber erleben wir nun die eigenthümliche Erscheinung, dass Männer, die die psychische Behandlung der Hysterie verfechten, wie z. B. Strümpell, von der Anwendung der Hypnose dabei nichts halten, während man doch gerade froh sein sollte, dass man einen Zustand gefunden hat, der die so oft im Stich lassende ungenügende Wachsuggestibilität zu erhöhen gestattet, so dass man von der Suggestiv-Behandlung mit Hypnose logischer Weise von vornherein bessere Heilerfolge erwarten kann und muss als ohne sie. Warum verzichten nun Strümpell und Andere auf dieses Mittel? Die immer vorgeschobene und von den Anhängern des therapeutischen Hypnotismus eben so oft als bei sachgemässer Handhabung nicht vorhandene Gefährlichkeit der Hypnose kann nicht der wahre Grund sein, denn der Arzt pflegt doch sonst wirklich nicht vor gefährlichen Mitteln zurückzuschrecken, wenn sie ihm sonst nur Hülfe versprechen.

Doch ich will auf diesen alten Streit nicht eingehen. Die Quintessenz ist die, dass die Einen im Verhältniss zu der aufgewandten Mühe keine nennenswerthen Heilerfolge erzielt haben, während die Anderen deren eben aufweisen können.

Wie gesagt, fassen wir die Hysterie und vieles mehr oder weniger

zu ihr Gehöriges auf als eine wesentlich auf psychischer Grundlage beruhende Krankheit und zwar als eine krankhaft gesteigerte Suggestibilität und Autosuggestibilität. Darnach wird sich also die psychische Behandlung zu richten haben.

Ich will Ihnen jetzt einige einschlägige Krankengeschichten vorführen.

Eine unverheirathete Dame, etwa 44 Jahre alt, wurde mir mit der Diagnose „Gelenkneurose" überwiesen. Die Anamnese ergiebt, dass sie seit Jahrzehnten an Schmerzen in den Gelenken der Extremitäten, besonders der Füsse, Kniee und Hände leidet, die sie oft für viele Monate ans Bett fesseln. Dazwischen sind dann einige Wochen frei, bis durch einen unvorhergesehenen Stoss, zu starkes Auftreten, überhaupt durch unvorsichtige Bewegungen eine neue „Entzündung" ausgelöst wird, die mit heftigen Schmerzen und nach Angabe der Patientin mit Schwellung der befallenen Gelenke einhergeht. Die Glieder werden dann ganz unbewegt gehalten, da jede Bewegung und selbst Berührung die lebhaftesten Schmerzen hervorrufen und den Zustand immer wieder für längere Zeit verschlimmern.

Da die Erkrankung lange für Gicht gehalten wurde, woran die Pat. auch noch während meiner Behandlung festhält, so hat sie so ziemlich Alles angewendet, was man dagegen weiss; sie lebt vegetarisch und hat auch schon eine Reihe von Curpfuschern um Rath gefragt, hat Wasser in allen Formen, Moor- und Sonnenbäder angewandt, mehrfach Citronencuren gebraucht und, wenn ich mich nicht täusche, auch den Versuch mit einer Nesselcur gemacht, die darin besteht, dass man die Haut der kranken Partien mit Brennnesseln in Berührung bringt.

Die Untersuchung im Mai 1895 muss wegen der Schmerzen sehr schonend vorgenommen werden. Ich finde die Haut über den befallenen Gelenken etwas geröthet, die Sehnen und Muskeln in Folge der langen Ruhe etwas verkürzt und dem entsprechend die Glieder in gelinder Beugestellung, die Finger der l. Hand in Krallenstellung. Von wesentlichen, deutlichen Schwellungen der Gelenke oder Knochen kann ich mich nicht überzeugen.

Anderweitige pathologische Befunde sind nicht nachzuweisen. Die Prüfung der Hautsensibilität ergiebt nichts Greifbares. Die Pat. stammt aus nervöser Familie. Sie ist zart und nicht besonders gut genährt.

Die Kranke steht wie gesagt auf dem Standpunkte, dass ihr Leiden Gicht sei, und die schlechten Stoffe nur durch Schwitzen aus den Gelenken herauszubringen seien, ferner dass die geringste Bewegung und selbst Berührung der kranken Glieder die Heilung wieder um Monate hinausschiebe.

Während ich nun im Laufe der Behandlung ihrer Auffassung hinsichtlich des Schwitzens als unwesentlich nicht schroff entgegentrete, suche ich in der Hypnose zunächst die Schmerzen zu beseitigen, was auch gelingt, sowie durch andere Maassnahmen — Suggeriren von Wärme in bestimmten Körperstellen, von Schlaf, Defäcation, Appetit u. s. w. zu vorher festgesetzten Terminen — ihr die Macht der hypnotischen Suggestion fühlbar zu machen, benutze überhaupt jede Gelegenheit, die Pat. von der Heilkraft der Hypnose zu überzeugen.

So erreiche ich bald Besserung. Aber die Autosuggestionen bleiben noch lange mächtig.

Wenn es mir auch gelingt, die Schmerzen mehr und mehr zu beseitigen, die „Entzündung“ zu verringern, Bewegungen der Glieder machen zu lassen, so kommt doch erst noch eine ganze Reihe von Rückfällen, dadurch bedingt, dass mal die Decke auf die Fussspitze gedrückt, ein Druck oder Stoss auf einen kranken Theil gewirkt oder die Hand zu viel angefasst hat.

Erst sehr allmählich, je mehr die Pat. sieht, dass die gefürchteten Rückfälle in Folge der Behandlung stets von sehr kurzer Dauer im Verhältniss zu früher sind, werden die Fortschritte grösser. Eines Tages verkündet mir die Pat. freudestrahlend, während sie bis dahin stets zu Bett gelegen und keinen Versuch aufzutreten gemacht hatte, dass sie stehen könne, bald darauf, dass sie einige Schritte im Zimmer gemacht habe. Danach kommt allerdings erst wieder ein Rückfall; es „klopft“ in den Füssen wieder, immer das Merkmal einer „Entzündung“. Es gelingt aber meinen Suggestionen, den Schaden wieder zu heben.

Von jetzt an geht es immer besser. Die Patientin lässt sich, was sie seit 4 Jahren nicht gethan, im Rollstuhl in den Garten fahren. Bald auch auf die Strasse, steigt selbstständig ein und aus und geht immer mehr, wenn auch kleinere Zwischenfälle selbst jetzt noch nicht ganz ausbleiben.

Die Sitzungen konnten darnach jedoch immer seltener abgehalten und sogar für Monate ausgesetzt werden. Zeigte sich mal wieder etwas, so wurden noch mal einige Hypnosen eingeleitet und dann war es wieder gut.

Zum letzten Mal war ich bei der Pat. im Mai 1897. Es war ein leichter Rückfall eingetreten, nachdem die Behandlung im Oct. 1896 einstweilen ganz aufgegeben war. Seitdem soll es ihr wieder sehr gut gehen.

Im folgenden Falle handelte es sich in der Hauptsache um eine hysterische Willensschwäche, bei der die Autosuggestionen wenigstens nicht so fest eingewurzelt waren, wie in dem ersten Falle.

Die unverheirathete Patientin, 37 Jahre alt, lebt mit ihrer Mutter, einer Beamtenwittwe, und einer ebenfalls nicht verheiratheten Schwester zusammen. Sie leidet seit Jahren an sehr schmerzhaften Menstruationen, während deren sie immer das Bett hütet. Im Laufe des letzten Jahres hat sich dazu eine Parese der unteren Extremitäten gesellt, so dass sie seit mehr als 3 Monaten keine Treppe mehr gestiegen ist. Die Wohnung liegt 2 Treppen hoch. Auch im Zimmer kann sie nur mühsam gehen.

Ich stelle die Diagnose Hysterie, hypnotisire die Kranke und führe sie nach dem Erwachen sofort die eine halbe Treppe hinunter und wieder hinauf. Sie fühlt sich danach sehr angegriffen, ich schläfere sie sofort nochmals ein, wonach sie sich wieder kräftiger fühlt. Jeden Tag führe ich sie eine halbe Treppe weiter und am 4. Tage auf die Strasse.

Einige Tage später muss sie mich in meiner Wohnung besuchen. Anfangs legt sie den gut halbstündigen Weg mit der Strassenbahn im Beisein ihrer Schwester zurück. Aber mit dem wachsenden Vertrauen auf ihre Kraft macht sie immer grössere Strecken zu Fuss. Nach einigen Wochen macht sie Märsche von über 2 Stunden.

Auch in diesem Falle gab es ab und zu Rückschritte, besonders während der Menses. Aber dadurch, dass es mir gelang, sie jedesmal durch eine hypnotische

Sitzung frei von allen Beschwerden und leicht in den Beinen zu machen, wurde ihr Vertrauen immer mehr gestählt und Rückfälle traten schliesslich nicht mehr ein.

Ich habe die Patientin im Frühjahr 1896 behandelt; im August dieses Jahres hörte ich, dass sie jetzt an Stelle der Schwester den Haushalt führte und ganz gesund wäre.

Der folgende Fall war mir besonders interessant, als es sich um eine Verquickung anatomisch begründeter Störungen mit Hysterie handelte.

Die unverheirathete Patientin, 37—38 Jahre alt, war in den Entwickelungsjahren viel kränklich und wurde in ihrem 23. oder 24. Jahre aus nicht genau zu ermittelnden Gründen doppelseitig ovariotomirt. Sie meint, sie hätte sich verhoben und darnach besonders schmerzhafte Regeln gehabt. Das war 1883 oder 1884. Nach der Operation scheint es ihr aber auch nicht gut ergangen zu sein, und im Jahre 1896 wurde, wie sie selbst schreibt, ihr Befinden wieder derart, dass sie wieder ärztliche Hülfe in Anspruch nehmen musste. Sie klagte über heftige Schmerzen im Abdomen. Der Gynäcologe, der sie untersuchte, machte die Laparotomie. Dabei erwies sich die Bauchnarbe der früheren Operation adhärent mit Netz und Darmschlingen in sehr ausgedehntem Maasse. Die Verwachsungen wurden, so gut es ging, gelöst. Die Heilung erfolgte per primam.

Aber 3—4 Wochen nach der Operation hatte Pat. das Unglück zu fallen und die früheren Schmerzen traten wieder auf. Trotz Bettruhe und anderer geeigneter Maassnahmen wollten die heftigen Schmerzen nicht weichen, die man ja nur auf eine durch den Fall veranlasste Läsion im Operationsgebiete zurückführen konnte.

Der College besprach dann den Fall mit mir. Obwohl ich mir nicht viel davon versprach, wollte ich doch wenigstens den Versuch machen. Gleich nach der ersten Sitzung besserten sich die Schmerzen erheblich; und nach 4 Wochen konnte ich die Patientin ganz schmerzfrei aus der Behandlung entlassen.

Das Folgende gehört nur insofern hierher, als es zur Characteristik des Leidens beiträgt.

Die Pat. hatte nämlich das Unglück, auf ihrer Reise nach Haus beim Aussteigen aus dem Eisenbahnwagen, in Folge eines Stosses, der den Wagen traf, zu stürzen. Sie giebt an, kurze Zeit ohnmächtig gewesen zu sein; und von dem Augenblicke an waren die Schmerzen wieder da.

Sie blieb erst einige Zeit zu Haus, kam dann wieder zu mir; die Besserung war aber nicht sehr auffallend, so dass ich ihr rieth, wieder den Collegen, der sie operirt hatte, zu consultiren. Dieser hat sie wieder operirt und noch mehr Verwachsungen unter den Bauchorganen gefunden als das erste Mal.

Waren nun die durch Suggestion beseitigten, nach der vorletzten Operation und dem ersten Fall aufgetretenen Schmerzen autosuggerirt oder anatomisch bedingt, wie es für die Schmerzen nach dem zweiten Fall durch die zweite Operation erwiesen wurde, so dass sie also trotz der anatomischen Grundlage suggestiv beseitigt wurden? Leider lässt sich das nicht unzeideudig feststellen.

Von eigentlichen hysterischen Krämpfen habe ich nur zwei

Fälle behandelt. Die Patientinnen gaben aber aus äusseren Gründen, obwohl es gleich viel besser wurde, die Behandlung bald wieder auf.

Ich möchte nun einige Fälle von Hysterie schildern, bei denen das wesentlichste Symptom das ständige Erbrechen war.

Die eine Patientin, Tochter eines Landwirthes, kommt am 11. Sept. 1896 zu mir mit folgenden Klagen. Sie leide seit einigen Jahren, bald mehr, bald weniger, an Aufstossen und Erbrechen nach jeder Mahlzeit, habe oft Magenschmerzen, auch Kopf-, Rücken-, Brust- und andere Schmerzen, sowie Herzklopfen. Bis vor etwa einem halben Jahre habe sie auch öfter an Krämpfen gelitten, die im linken Fuss beginnend ins Bein hinaufstiegen und auf ihrer Höhe allgemeine clonische Krämpfe der gesammten Körpermusculatur hervorriefen. Das Bewusstsein habe sie dabei nicht verloren.

Das blühend aussehende junge Mädchen von 17 Jahren ist für ihr Alter gross und gut entwickelt. Die Untersuchung der Organe ergiebt ausser einer Druckempfindlichkeit in der Magengrube nichts Abnormes. Für ein Magengeschwür spricht auch anamnestisch nichts. Wesentliche Krankheiten hat sie überhaupt bisher nicht durchgemacht.

Dagegen ist die Menstruation stets sehr schmerzhaft und dauert 7 Tage.

Die Prüfung der Hautsensibilität ergiebt eine Hyperästhesie und Hyperalgesie im Verlaufe der Wirbelsäule beiderseits handbreit vom 7. Halswirbel bis zum Kreuzbein, ebenso auf dem Abdomen neben den Darmbeinkämmen und auf dem grössten Theil des linken Beines. Anästhesien sind nicht festzustellen. Haut- und Sehnenreflexe normal, letztere vielleicht etwas gesteigert.

Die Hypnose gelingt leicht: tiefe Hypotaxie mit Amnesie für den Inhalt der Suggestionen. Das Erbrechen lässt nach wenigen Sitzungen nach, bald auch die anderen Symptome. Die in die Zeit der Behandlung fallende Menstruation wird durch Suggestion so gut wie ganz schmerzlos gemacht und auf 3 Tage abgekürzt. Am 5. Tage zeigt sich noch mal etwas Blut, dieses ist aber auf Suggestion sofort wieder zu stillen.

Nach 13tägiger Behandlung reist Pat., von ihren Beschwerden befreit, wieder in ihre Heimath. Im Juni 1897 höre ich, dass sie sich vollkommen gesund fühle. —

Im zweiten Falle handelt es sich um eine Magd vom Lande, die mir von der Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalt auf Antrag ihres Vertrauensarztes zugeschickt wurde, da wegen der durch das ständige Erbrechen bedingten verminderten Erwerbsfähigkeit der Antrag auf eine Rente gestellt worden war.

Die Anamnese der $22^1/_2$jährigen Kranken ergiebt Folgendes. Vater vor 9 Jahren an der Schwindsucht gestorben, Mutter leidet viel an Magenkrämpfen, 4 Geschwister gesund. — Pat. ist als Kind gesund gewesen.

Das jetzige Leiden hat im April 1893 — die Zeitangaben sind sehr bestimmt — allmählich mit Erbrechen angefangen. Die Menses, die vom 15. Lebensjahre an ziemlich regelmässig aufgetreten waren, hörten im Juni 1893 ganz auf; im Herbst 1894 fing der Leib an dicker zu werden, und nun gesellten sich Schmerzen im Unterleibe hinzu. Der behandelnde Arzt vermuthete eine Geschwulst, und schickte sie am 2. Mai 1895 zu einem Gynäcologen. Auf der Reise trat die Menstruation zum ersten Mal wieder auf. Die Pat. blieb in der gynäcologischen Klinik 6 Wochen. Man fand keine Geschwulst. Der Magen wurde ausgespült, und die Pat. electrisirt.

Darnach wurde es etwas besser. Aber 14 Tage nach der Rückkehr war die alte Geschichte wieder da. Die Kranke hütete nun fast immer das Bett. Im Oct. 1895 kam sie wieder für 9 Wochen in die gynäcologische Klinik, wo man das Leiden jetzt für hysterisch erklärte. Sie blieb die ganze Zeit im Bett und wurde, wie sie erzählt, „sondirt". Dadurch wurden die Leibschmerzen etwas besser, aber das Erbrechen liess nicht wesentlich nach. Sie hätte es zuletzt einfach verschwiegen, dass sie noch immer bräche. Als sie entlassen war, fingen die Leibschmerzen bald wieder an und der alte Zustand war derselbe.

Als die Pat. zu mir kam, hatte sie durch Kamillen-Fussbäder ihre Menstruation am 7. Febr. 1896 erzielt. Ich untersuchte sie zum ersten Male am 20. März 1896. Sie sagte, dass sie besonders nach fetten Speisen und Hülsenfrüchten erbräche. Ferner klagte sie über Leib- und Kreuzschmerzen und Schmerzen in der Taille und im Kopf. Dabei machte sie mit ihren rothen Backen und ihrem trotz des Brechens guten Ernährungszustande einen gesunden Eindruck.

Die Untersuchung ergiebt eine belegte Zunge, aufgetriebenen Leib in Folge von Gasansammlung in den Eingeweiden; an Lungen, Herz und Geschlechtsorganen dagegen nichts Abnormes. Die Prüfung der Hautsensibilität weist an mehreren Stellen Anomalien auf.

Am 7. April 1896 beginne ich die hypnotische Behandlung. Die Pat. kommt sogleich in tiefe Hypnose mit nachheriger Amnesie. Die Besserung zeigt sich von vornherein durch Aufhören des Erbrechens. Nur nach den ihr nicht zuträglichen fetten Speisen oder Hülsenfrüchten bricht sie anfangs noch, aber nicht constant.

Vom 13. April ab gebe ich die Suggestion auf Eintritt der Regel am 16. Das Datum war ganz willkürlich gewählt. Am 16. klagt sie über Schmerzen, als ob die Regel kommen wolle. Am 17. Morgens dagegen ist sie da.

Während die Kranke anfangs, auch wenn kein Erbrechen aufgetreten war, nach jeder Mahlzeit über Magenschmerzen klagte, zeigen sich diese bei fortgesetzter Behandlung in den letzten Tagen des April auch nach den ihr bis dahin nicht zuträglichen Speisen nicht mehr. Inzwischen sind auch die anderen Beschwerden, welche übrigens jedes Mal alle durch die Hypnose vollständig gehoben wurden, gewichen; und ich entlasse die Pat. bis zum 15. Juni aus der Behandlung, nachdem der Eintritt der nächsten Menstruation auf den 15. Mai suggerirt war.

Am 15. Juni stellt sich die Pat. wieder vor. Die Menstruation ist an dem verlangten Tage nicht eingetreten, wenn auch die üblichen Vorboten sich gezeigt haben. Statt dessen hat sie an den entsprechenden 3—4 Tagen wieder nach jeder Mahlzeit stark gebrochen, während es ihr vorher und nachher recht gut ging und sie nur ausnahmsweise erbrach.

Von der Ansicht ausgehend, dass zur dauernden Heilung der Pat. die regelmässige Wiederkehr der Menses gehört, suggerire ich den Eintritt derselben auf einen der nächsten Tage. Der Erfolg bleibt jedoch aus. Die Pat. erklärt mir auch, dass sie nicht an den spontanen Eintritt der Regel glaube. In der folgenden Hypnose lasse ich die Pat. deshalb besonders deutlich die Macht der Suggestion fühlen, indem ich sie gegen die Katalepsie eines Beines, das ich in der Hypnose wagerecht ausgestreckt halten lasse, mit den verzweifeltsten Anstrengungen anzukämpfen auffordere, und erkläre ihr, dass ebensowenig, wie sie das Bein bewegen könne, jetzt noch die Regel ausbleiben würde. Am anderen Morgen, den 23., war sie da.

Am 30. Juni entlasse ich die Pat. wieder, da das Erbrechen gar nicht mehr aufgetreten war, und bestelle sie, nachdem ich ihr für den Juli die Regel suggerirt, auf den 15. Aug. wieder. An diesem Tage kommt sie wieder, die Menstruation ist am 24. oder 25. Juli eingetreten; es ist ihr gut ergangen. Ich hypnotisire sie nun 11 Tage hintereinander, die Regel tritt, wie gewünscht, am 25. ein, und nachdem sie nach 3 Tagen im Wesentlichen ohne Beschwerden verlaufen, und auch die anderen Klagen verstummt sind, entlasse ich die Pat. am 28. Aug. 1896 endgiltig.

Ich habe sie Mitte Oct. 1897 wieder gesehen: das Erbrechen und die Magenschmerzen haben sich nicht wieder gezeigt, die Menstruation ist ziemlich regelmässig eingetreten. Sie klagte jetzt über Schmerzen im Kreuz, die von einer Uterussenkung herrühren sollten, derentwegen ihr ein Pessar eingelegt war, wodurch sich die Schmerzen aber steigerten. Ich habe mich von der Senkung nicht überzeugen können.

Der folgende Fall gehört, streng genommen, wohl nicht zur eigentlichen Hysterie, wenigstens habe ich keine anderen Symptome ausser dem Erbrechen dafür ausfindig machen können.

Es handelt sich um einen jungen, etwa 27jährigen Kassenkranken, der seit vielen Wochen wegen hartnäckigen Erbrechens und dabei trägen Stuhles behandelt worden war, ohne dass man einen anatomischen Grund nachweisen konnte. Der College bat mich, den Kranken mal zu hypnotisiren. Er war ein missvergnügter, mürrischer Geselle, und ich hatte Schwierigkeiten, sein Vertrauen zu gewinnen. Es gelang mir aber; das Erbrechen wurde sofort besser und ist nach der 3. oder 4. Hypnose nicht mehr aufgetreten. Auch der Stuhl wurde normal. Ich habe den Fall nur 14 Tage nach der ersten Consultation beobachten können und weiss nicht, was später aus ihm geworden ist.

Im Anschluss an diese Fälle von hysterischem Erbrechen möchte ich erwähnen, dass ich auch einen Fall (ausser den im vorigen Vortrag geschilderten) von offenbarem Magenkatarrh mit chronischer hartnäckiger Verstopfung in verhältnissmässig kurzer Zeit durch hypnotische Suggestion geheilt habe. Bei der zu Beginn der Behandlung charakteristisch belegten Zunge und den sonstigen Erscheinungen konnte es sich um keine nach der gewöhnlichen Nomenclatur „nervös" genannte Affectionen handeln. Leider habe ich mir keine näheren Notizen gemacht.

Dasselbe gilt von einem 13jährigen Jungen, der an langdauernder Obstipation und häufigen Leib- und Magenschmerzen litt, den ich ebenfalls in wenigen Sitzungen von seinen Beschwerden befreien konnte.

Ich möchte Ihnen nun zwei Fälle von hysterischer Aphonie gegenüberstellen. Im ersteren kam ich nicht zum Ziele, wenigstens nicht in der zur Verfügung stehenden Zeit, da ich die Behandlung nach elf Tagen wieder aufgab.

Die Patientin, unverheirathet, 31 Jahre alt, wurde $1^1/_2$ Jahre vor der Consultation bei mir, einen Tag nach einer Reise, auf der sie sich erkältet hatte, im Laufe von wenigen Stunden vollständig stimmlos und ist es seitdem geblieben mit einer Ausnahme, wo die Stimme mal mit Kraftanstrengung durchkam. Hereditär ist nichts Sicheres zu ermitteln. Die Patientin hat vor mehreren Jahren Diphtheritis gehabt und ist seitdem oft erkältet.

Objectiv ist nichts nachzuweisen. Die Stimmbänder zeigen beim Anlauten das für hysterische Lähmung charakteristische Zusammen- und sofortige Zurückschnellen, ohne sich berührt zu haben.

Alle Behandlung war bisher erfolglos, auch Electricität. Bei der Anwendung der letzteren hatte die Patientin nur das Gefühl der Einschnürung im Halse und des Erstickens gehabt. Es war von mir in diesem Falle augenscheinlich ein Fehler, als die einfache verbale Suggestion in der Hypnose nicht half, letztere mit der Anwendung des faradischen Stromes zu verbinden. Trotz der minimalen Stromstärke traten wieder Einschnürungs- und Erstickungsgefühl auf, sobald ich die Electroden aufsetzte, so dass ich diesen Versuch bald aufgab.

Ich hatte aber durch diese verfehlte Maassregel das Spiel überhaupt verloren, so dass ich die Kranke nach kurzer Zeit nach Hause reisen lassen musste.

Im zweiten Falle war die Aphonie bedingt durch ein Gefühl von Beklemmung in der Brust mit Erschwerung des Athmens.

Die 55jährige kinderlose Bauersfrau, die mich am 17. Mai d. J. consultirt, ist mir von ihrem Arzte zugesandt. Sie ist gut genährt. Objectiv findet sich nichts.

Sie giebt an, dass sie dieses Leiden, das sie schon sechsmal, jedesmal aber nur kürzere Zeit, gehabt, bald nach dem Ende Februar erfolgten Tode ihres Mannes wiederbekommen habe, und dass es diesmal ausserordentlich hartnäckig sei, so dass sie glaube, es nun immer behalten zu müssen.

Ihr Mann ist an einer mit starker Dyspnöe verbundenen Krankheit gestorben und hat besonders die letzte Nacht stark gestöhnt. Sie hat ihn während der ganzen Krankheit gepflegt, also Alles mit durchgemacht.

So lässt sich bei der durch ihre hysterische Veranlagung krankhaft autosuggestibeln Frau, deren Phantasie durch die Krankheit ihres Mannes die Vorstellung einer Dyspnöe durch die fortgesetzte Beobachtung besonders eindringlich eingeprägt wurde, ungezwungen das diesmal aussergewöhnlich hartnäckige Appressionsgefühl erklären. Hierzu gesellte sich die Aphonie durch die vielleicht unbewusste Vorstellung, dass durch die Erschwerung des Athmens auch die Stimme behindert würde und deshalb nicht laut sein könnte.

Diese Erwägungen berücksichtigend, verminderte ich zunächst in der mitteltiefen Hypnose das Beklemmungsgefühl und erreichte allmählich, dass die Patientin in der Hypnose anfangs wenigstens ein Wort, und nach und nach mehrere mit Stimme sprechen konnte. Die Patientin war in Bezug auf ihr Leiden ausserordentlich schwer zu beeinflussen. Als Hofbesitzerin, die gerade ihren Mann verloren, und der nun alle guten und anderen Freunde Rathschläge ertheilten, war sie sehr misstrauisch geworden, und das auch hinsichtlich ihres Leidens, umsomehr als es ihre Angehörigen, die äusserlich nichts krankhaftes an ihr bemerken konnten, nicht als reell anerkennen wollten.

Im Laufe eines Monats erreichte ich aber stetig mehr, so dass sie am Ende desselben wieder Alles mit lauter Stimme sprach. Das war Mitte Mai bis Mitte

Juni. Ich entliess sie nun, obwohl der Druck in der Brust noch nicht ganz fort war, da die Verwandten ihre Rückkehr wünschten. Ich hoffte, dass dieser Rest nun wohl von selbst verschwinden würde. Das war jedoch nicht der Fall. Bald nachdem ich von meiner Sommerreise zurück gekehrt war, kam die Kranke wieder. Die Stimme war geblieben, aber auch der Druck in der Brust. Jetzt erzählte sie mir, dass sie nach dem Tode ihres Mannes auf einmal nicht mehr hätte weinen können, und da wäre der Druck dagewesen. Dies erinnert lebhaft an ein Druckgefühl, das wohl alle Menschen haben, wenn sie das Weinen unterdrücken oder einen Aerger „hinunterschlucken" wollen.

Ich gab der Pat. nun die Suggestion, dass sie wieder weinen könne, zunächst in der Hypnose, dann auch im Laufe des Tages, und setzte hierfür in der Regel eine bestimmte Stunde am Tage fest. Sie würde dabei fühlen, wie es immer freier in der Brust würde. Das Weinen trat regelmässig zur festgesetzten Zeit ein und nach mehreren Wochen, während deren ich noch viele Autosuggestionen, die sich auf ihr Leiden bezogen, zu besiegen hatte, konnte ich sie endlich frei von Beschwerden entlassen.

Sie werden mir hier vielleicht einwerfen, dass man schon lange wisse, dass derartige Aphonien durch Suggestion, auch ohne Hypnose, und zwar häufig in einer Sitzung, z. B. durch eine irgend einen therapeutischen Eingriff vortäuschende Manipulation mit dem Kehlkopfspiegel geheilt werden können, und dass in den genannten Fällen die hypnotische Suggestion nur eine sehr schwache und langsame Wirkung entfaltet habe.

Ersteres ist ja ganz richtig; aber Sie müssen bedenken, dass meine Fälle schon durch mehrere ärztliche Hände gegangen und die angewandten Mittel, die ja bei diesem Leiden alle nur durch Suggestion wirken konnten, ohne Erfolg geblieben, dass es sich also um recht hartnäckige Fälle handelte.

Uebrigens ist es durchaus nicht ausgeschlossen, dass ein Anderer den von mir erfolglos behandelten Fall womöglich mit Leichtigkeit geheilt hätte, indem er zufällig oder in Folge grösserer psychologischer Findigkeit die Suggestibilität der Patientin besser zu entdecken verstand. Denn wie Bernheim oder Liébeault sagt, braucht man nur die Feder zu finden, durch deren Druck die Suggestibilität ausgelöst wird.

Selbstverständlich habe ich viele Fälle, nicht nur von Hysterie, gehabt, wo die hypnotische Behandlung von keinem oder nur geringerem und vorübergehendem Erfolge begleitet war, so beispielsweise einen seit allerdings 30 Jahren bestehenden Fall von hysterischem Zittern, bei dem nur, solange die Behandlung dauerte, sich eine übrigens deutliche Besserung zeigte. Immer aber handelte es sich bei den Miss-

erfolgen um eine sehr lange Krankheitsdauer und dementsprechend geringes Vertrauen der Kranken auf Heilung.

Ich will hier einige, wenn auch nicht ausschliesslich hysterische Fälle anschliessen, welche die das Auge umgebende Musculatur des Gesichtes, also ein zum Facialis gehörendes Gebiet betreffen.

Zunächst ein Fall von rein hysterischem Lidschluss, verbunden mit einer Armneuralgie gleichen Ursprungs.

Die unverheirathete etwa 30 Jahre alte Patientin wird mir von ihrem Hausarzte wegen einer seit über einem Vierteljahre bestehenden hysterischen Armneuralgie überwiesen, die längere Zeit ohne Erfolg electrisch behandelt worden war.

Bei der Anamnese — leider habe ich über diesen Fall keine genaueren Notizen — kommt heraus, dass sie in den letzten Jahren schon mehrfach daran gelitten hat, dass sie eines schönen Tages beim Erwachen die Augen nicht öffnen konnte. Dieser Lidschluss dauerte ziemlich lange, mehrere Wochen, ich glaube bis zu 8 Wochen.

Bei der Hypnotisirung musste ich mich natürlich sehr vorsehen, dass die Augen nach der Hypnose, für die ich den Lidschluss nöthig hatte, nicht geschlossen blieben. Es ging aber gut. Die Pat. war ziemlich suggestibel und wurde deshalb von der Armneuralgie bald befreit. Nach $3\frac{1}{2}$ Monaten kam sie wieder, da seit einiger Zeit von neuem die Augen dauernd geschlossen waren. Am ersten Tage, an dem sie von ihrer Mutter zu mir geführt wurde, traf sie mich nicht zu Hause; am folgenden gingen die Augen auf dem Wege zu mir plötzlich von selbst auf. Leider habe ich über die näheren dabei obwaltenden Umstände nichts erfahren. Ich hatte jetzt natürlich nichts mehr zu thun, als für später das Geschlossenbleiben zu verbieten; es war aber diesmal die Gefahr, dass die Augen nach der Hypnose nicht aufgingen, doppelt gross. Wirklich wollten sie auch beim Wecken im ersten Augenblick zubleiben; ich that aber sofort so, als ob ich den Befehl zum Aufwachen noch gar nicht gegeben und weckte sie einige Secunden später in anderer Weise ohne Schwierigkeit. Dann schläferte ich sie gleich nochmals ein, und sie erwachte nach einiger Zeit auf meinen Befehl prompt.

Seitdem sind ohne weitere Behandlung einige Monate ohne Störung verlaufen. Sollte noch einmal ein Rückfall eintreten, so würde voraussichtlich eine Hypnose zu seiner Beseitigung genügen.

Bei folgenden Fällen von Blepharospasmus handelt es sich nicht um Hysterie.

In dem einen Fall bestand ein krampfhaftes Zucken des Orbicularis und der Lidschliesser, hauptsächlich rechts, besonders nach Anstrengungen und Erregungen bei einem jungen Mädchen Mitte der 20er Jahre. Manchmal blieb auch das Auge Minuten lang ganz geschlossen. Anatomische Ursachen waren nicht nachzuweisen. Sie liess sich einige Zeit von mir hypnotisiren, und die Erscheinungen blieben fort; als später ein Rückfall eintrat, war der Erfolg derselbe günstige.

Ein ganz ähnlicher Fall wurde mir kürzlich von einem Augenarzt überwiesen. Er betrifft eine Dame in den 40er Jahren, bei der die Affection ursprünglich vielleicht durch eine kleine entzündliche Stelle am Lide bedingt war. Die Pat. ist noch in Behandlung, aber schon wesentlich besser.

Ein dritter Fall, der mir von demselben Collegen zugeschickt wurde, betrifft ein junges Mädchen von 26 Jahren mit kräftigem, gesundem Körperbau, bei der die Augen sich beständig krampfhaft schlossen und wieder aufgingen. Der Spasmus besteht mit freien Zwischenpausen seit ihrer Kindheit, ist aber in letzter Zeit sehr schlimm. Eine anatomische Ursache ist dafür nicht aufzufinden, abgesehen von einer geringen Myopie beiderseits.

Die Pat. stellt sich mir am 26. Mai 1896 vor. Sie kommt in mitteltiefen Schlaf ohne Amnesie, während dessen die Zuckungen allmählich auf die entsprechenden Suggestionen hin aufhören. Auch nach der Hypnose ist alles ganz ruhig. Ich sage nun der Pat., die von auswärts ist, dass ich sie gesund machen könne, wenn sie einige Zeit hier bleibe. Sie kommt am 29. wieder und erzählt, dass die Augen bis zum Abend — ich hatte sie gegen 3 Uhr hypnotisirt — ganz ruhig geblieben seien. Danach habe es wieder angefangen. Nach der folgenden Hypnose, die wieder um 3 Uhr stattfindet, bleibt das Zucken wieder bis zum Abend fort, das nächste Mal bis zum andern Morgen und dann bis zur nächsten Sitzung, so dass ich sie nach 9 Hypnosen als geheilt entlassen kann. Leider habe ich später keine Nachrichten über ihr Befinden erhalten.

Hinsichtlich der Melancholien hysterischen und nicht hysterischen Characters kann ich mich kurz fassen. Ich habe, entgegen einigen Mittheilungen Anderer, auf diesem Gebiete keine besonders erfreulichen Resultate mit der Hypnotherapie erzielt. Allerdings habe ich einer etwa 50jährigen hysterischen Dame ihre mit der Melancholie verbundene Schlaflosigkeit, Cardialgie und Kopfschmerzen, besonders die beiden letzteren Störungen, für längere Zeit beseitigt, aber die Melancholie blieb. In anderen Fällen dieser Art hatte ich nur vorübergehende oder Scheinerfolge.

Fast ebenso schwierig liegen die Verhältnisse bei der Hypochondrie, wenn sie einen höheren Grad erreicht.

So hatte ich eine etwa 60jährige Dame in Behandlung genommen, die vor mehr als einem halben Jahre einen Schenkelhalsbruch erlitten, und bei der in Folge des langen Krankenlagers eine hartnäckige Obstipation und Schlaflosigkeit zurückgeblieben war. Ich hoffte, diese letzteren Affectionen zu beseitigen und die Pat. betreffs ihrer, den Umständen nach ganz gut geheilten Fractur zu beruhigen.

Ihr Widerspruchsgeist war aber so stark entwickelt, dass meine Suggestionen vollständig wirkungslos blieben, oder gar das Gegentheil von dem eintrat, was ich beabsichtigte. Zudem war die, solchen Kranken ja eigene Neigung, beständig neue Aerzte um Rath zu fragen, bei ihr geradezu zur Sucht geworden, sodass ich schliesslich froh war, als ein Anderer die Behandlung übernahm, und ich so die Patientin los wurde.

In einigen leichteren Fällen von Zwangsvorstellungen hatte ich mit der Hypnotherapie ganz schöne Erfolge.

So entsinne ich mich einer Dame von 30—35 Jahren, die die fixe Idee nicht los werden konnte, dass sie bei ihrem Onkel, den sie

bis zu seinem Ende gepflegt, durch Oeffnen eines Fensters den Tod beschleunigt und ihn also auf dem Gewissen habe. Sie hatte allerdings die Einsicht von der Ungereimtheit ihrer Vorstellung, konnte sie aber doch nicht überwinden. Ich habe sie nach einiger Zeit von dieser Idee befreien können.

Bei einem ähnlichen Fall von Zwangsvorstellung, der einen etwa 30 jährigen Herrn, der in glücklicher Ehe lebte und pecuniär günstig gestellt war, betraf, und der bei jedem Ausgange aus der Wohnung fürchtete, nicht lebend wieder heimzukehren, habe ich nur eine deutliche Besserung erzielen können, da er später aus Zeitmangel die Behandlung nicht zu Ende führen konnte.

Ich möchte hier einen Fall von hochgradiger Gewitterangst anschliessen, der mir von einem auswärtigen Collegen geschickt wurde.

Die Pat., eine junge Dame von 21 Jahren, ist in hohem Grade nervös und erregbar. Bei jedem Gewitter befällt sie ein Zittern und sie weiss sich vor Angst gar nicht zu lassen. Sie ist sehr zart, schlank und gross. Vor 6 Jahren hat sie ein schweres Nervenfieber durchgemacht, an dem sie einige Monate darniederlag. Seitdem ist sie mager geblieben und auch die Nervosität soll von der Krankheit her datiren. Ueber die Eltern habe ich nichts Positives in Erfahrung gebracht. Sie sind beide todt. Auch bei der Hypnotisirung zeigt sich die Pat. sehr erregt, sodass ich nur sehr langsam und behutsam vorgehe. Während in den ersten Sitzungen gar keine Beeinflussung erzielt wurde, erreichte ich doch später eine ausgesprochene Katalepsie. Die Behandlung fand im Sommer 1896 statt, während der ich eine wesentliche Beruhigung und Herabsetzung der Gewitterfurcht erzielte, die, wie ich Anfang 1897 von ihrem Grossvater erfuhr, angehalten hat.

Interesse dürfte auch folgender Fall bieten, bei dem es sich um eine Geigenspielerin handelte, die durch das sog. Bühnen- oder Lampenfieber an der freien Entfaltung ihres Könnens gehindert wurde. Sie erzählte mir, dass sie Stücke, die sie zu Hause glänzend gespielt, vor einem grösseren Publicum in Folge ihrer Erregung nur sehr mittelmässig habe durchführen können. Ich habe sie einige Male hypnotisirt, und gleich beim ersten Auftreten fühlte sie sich frei von Angst und spielte deshalb tadellos.

Wir haben hier vor nicht zu langer Zeit die Aufführung eines Stückes Trilby erlebt, in dem eine Person, die im gewöhnlichen Leben unmusikalisch ist, im hypnotischen Zustande hervorragend gut singt. Das ist selbstverständlich eine dichterische Uebertreibung und in Wirklichkeit unmöglich.

Man kann Niemandem durch die Hypnose Fertigkeiten geben, die er nicht besitzt oder für die er nicht beanlagt ist. Man kann nur Hemmungsvorstellungen, wie Befangenheit und Angst, die natürlich

die Leistung beeinträchtigen, durch Suggestion vermindern oder aufheben. —

Wenn ich mich jetzt zu der Besprechung der Schlaflosigkeit wende, so handelt es sich dabei wesentlich um solche Fälle, die auf hysterischer, neurasthenischer oder sonst nervöser autosuggestiver Grundlage beruhen. Schlaflosigkeit als Begleiterscheinung irgend eines anderen Leidens, als der vorerwähnten, pflegt für die suggestive Behandlung sehr dankbar zu sein.

Erwähnt sei hier der Fall eines 18jährigen Fabrikarbeiters, der Pfingsten 1895 in einem Streite einen Schlag auf den Kopf bekommen, nach dem er einige Stunden bewusstlos gewesen und eine Lähmung des rechten Armes davon getragen hatte. Ende Juli 1895, als ich den Kranken sah, bestanden noch Parese des rechten Armes und ab und zu Schwindelanfälle, ausserdem Schlaflosigkeit. Wegen der letzteren hypnotisirte ich den Kranken einige Male, und er schlief alsbald die Nächte durch, was seinem Allgemeinbefinden natürlich sehr zuträglich war. Ich habe ihn dann bald aus den Augen verloren.

Von hysterisch-neurasthenischer Schlaflosigkeit habe ich eine ganze Reihe behandelt, und zwar je nach der Schwere des Falles mit gutem oder geringerem Erfolge. Es sind ja naturgemäss diese Schlaflosen schwer zu hypnotisiren, und besonders eine tiefe Hypnose, die an sich schon eine vorzügliche Schlafsuggestion darstellt, ist selten zu erzielen. Das erschwert die Behandlung dieser Schlaflosigkeit bedeutend. Bekanntlich sind solche Kranke auch den üblichen arzneilichen Schlafmitteln gegenüber wenig zugänglich.

Ich habe gefunden, dass gerade bei diesem Leiden eine möglichst tiefe Hypnose den meisten Nutzen bringt. Hierfür einige Beispiele.

Eine 56jährige unverheirathete Dame kann seit einigen Monaten in Folge vorausgegangener und theilweise noch andauernder heftiger Gemüthsbewegungen nicht schlafen und consultirt mich dieserhalb im Februar 1897. Zugleich klagt sie über einen, sie seit 40 (!) Jahren, hauptsächlich in den Wintermonaten plagenden Husten. Die Zeitangabe wird wohl ein bischen übertrieben sein, der Husten muss danach aber immerhin schon lange bestanden haben. — Die Untersuchung von Lungen, Herz u. s. w. ergiebt nichts Abnormes. — In der zweiten hypnotischen Sitzung erreichte ich eine ausgesprochene, aber auch besonders suggerirte Katalepsie. In dieser einen Hypnose beseitigte ich den Husten. Wie ich am 11. ds. M. von der Pat. selbst erfahre, ist er sogar beim Eintritt der kälteren Jahreszeit noch nicht wieder aufgetreten, obwohl die Pat. dies sicher erwartete. Auch der nächtliche Schlaf stellt sich wieder ein, anfangs noch nicht regelmässig; in einiger Zeit aber ist das Uebel gehoben.

Bei einem etwa 60jährigen Herrn, der immer sehr erregbar gewesen sein soll, vermuthlich in Folge seines kaufmännischen Berufes, kam ich gleich durch die erste Hypnose, die recht tief, fast mit Amnesie, ausfiel, zum Ziel. Ich habe ihn in 3 Wochen im Ganzen 6 Mal hypnotisirt. Er schläft seitdem sehr gut.

In anderen Fällen war das Resultat wechselnd; mehrere Patienten schliefen immer nur die ersten Nächte nach der hypnotischen Sitzung; und nach dem Aussetzen der Behandlung kam die Schlaflosigkeit allmählich wieder. Dies waren aber stets Fälle von langjährig bestehender Isomnie.

Am meisten Schwierigkeiten bietet wohl die ausgesprochen neurasthenische Schlaflosigkeit, wie die Neurasthenie überhaupt, für die Suggestionstherapie.

Ich habe hier neben sehr schönen doch auch eine Reihe sehr unbefriedigender Resultate zu verzeichnen. Das dürfte einmal daran liegen, dass die Neurasthenie wegen der so häufigen melancholisch-hypochondrischen Beimischung an sich in ihrem Verlaufe nicht leicht abzukürzen ist, und die Patienten sehr schwer zu beeinflussen sind; dann aber auch, weil der Neurastheniker zu einer länger dauernden Behandlung selten Ausdauer hat. Er besitzt ein ausgeprägtes Abwechslungsbedürfniss und fühlt sich trotz der ihm so wünschenswerthen Ruhe verhältnissmässig am wohlsten, wenn er anderweitig in Anspruch genommen wird, auf der Reise, im Eisenbahnwagen, weshalb man auch fortgesetzte Reisen als Heilmittel hierbei empfohlen hat. Als typisch für die Neurasthenie kann man den „ewigen Juden", den „fliegenden Holländer" und ähnliche sagenhafte Gestalten bezeichnen.

Sehr schöne Resultate habe ich bei einigen Fällen von Herzneurose gehabt. Ich möchte hierbei aber betonen, dass die Diagnose einer reinen Herzneurose doch nicht leicht zu stellen ist. Man findet oft bei der peinlichsten Untersuchung am Herzen nichts, was auf eine organische Affection schliessen liesse, und doch stellen sich oft früher oder später Zeichen einer organischen Erkrankung ein.

Ich führe Ihnen folgende 2 Fälle vor, die dadurch complicirt sind, dass es sich bei dem ersteren, wie sich später zeigte, vielleicht gar nicht um eine reine Neurose handelte; bei dem zweiten war diese Diagnose von vornherein zweifelhaft, da ein Gelenkrheumatismus vorausgegangen war.

Ein Herr, Mitte der 30, wird mir von seinem Hausarzte wegen nervöser Herzbeschwerden und chronischer Obstipation zugesandt. Er klagt über Druck und Stechen in der Herzgegend; er hat schon viele Aerzte befragt. Einer hat ihm gesagt, dass er einen Herzfehler habe. Er solle — so erzählt der Pat. — nur Acht geben, bald würde ihm auch der linke Arm weh thun; dann würde es schlimmer werden. Am anderen Tage fühlte der Kranke den Schmerz thatsächlich im linken Arm. Die folgenden Aerzte, die der Pat. consultirte, konnten trotz theilweise sehr eingehender Untersuchung nichts Objectives nachweisen und erklärten die Sache für nervös. Auch ich konnte nichts finden.

Die daraufhin eingeleitete hypnotische Behandlung hatte den Erfolg, dass die Obstipation und die Herzbeschwerden im Laufe von 9 Sitzungen, — jedesmal

Hypotaxie mit partieller Amnesie — vorläufig beseitigt waren, und der Pat., der durch das Leiden seelisch sehr bedrückt gewesen, hatte wieder neuen Lebensmuth und neue Schaffenslust. — In 1 1/2 monatigen Zwischenräumen traten zwei Rückfälle ein, die jedesmal wieder beseitigt werden konnten.

Etwa 3/4 Jahr nach der letzten Kur sah ich den Pat. zufällig auf der Strasse wieder, es war ihm immer gut ergangen; nur in der letzten Zeit habe er wohl mal wieder Stiche in der Herzgegend gehabt; er achte aber nicht darauf, da es dann am schnellsten wieder aufhöre.

Nun höre ich vor wenigen Tagen (am 17. Nov. 97) von seinem Hausarzt, dass der Pat. wieder bei ihm gewesen, und der Puls bei der Untersuchung in der Minute mehrere Male ausgesetzt habe. Näheres weiss ich nicht. Es könnte also doch ein organisches Herzleiden von vornherein vorgelegen haben. Damit würde aber auch zugleich erwiesen, dass die hypnotische Suggestion auch bei organischen Herzleiden einen günstigen Einfluss ausüben könnte.

In dem zweiten Fall handelt es sich um einen 30jährigen, unverheiratheten, früher Gärtner gewesenen Fabrikmeister, der vor 12 Jahren einen Gelenkrheumatismus durchgemacht hat, bei dem das Herz nicht betheiligt gewesen sein soll. Seitdem ist er immer gesund gewesen. — Der Vater ist 1870 im Kriege gefallen, seine Mutter, 70 Jahre alt, ist gesund. Ein Bruder ist mit 22 Jahren an der Schwindsucht gestorben.

Seine jetzigen Beschwerden haben vor 14 Monaten angefangen: Anfälle von Herzklopfen und Angstgefühl, die wenige Minuten dauern, und sich öfters Nachts wiederholen. Im Winter mehr als im Sommer. Erregungen wirken schädlich, Treppensteigen nicht. Dabei Verstopfung seit 7—8 Monaten; Pat. nimmt regelmässig Einläufe, da spontan fast nie Oeffnung erfolgt. Ist die Verdauung nicht im Rückstande, so pflegt auch das Herz besser zu sein. — Tabak und Alcohol hat Pat. in letzter Zeit ganz gemieden.

Die Untersuchung ergiebt eine leichte Dikrotie des ersten Tones über der Herzspitze, sonst keine nachweisbaren Abnormitäten.

Die Behandlung richtet sich gegen die Obstipation wie die Anfälle von Herzklopfen mit Erfolg. Der Stuhl ist nach wenigen Sitzungen — Hypotaxie — dauernd geregelt; die Anfälle werden seltener und schwächer, trotzdem Pat. wieder anfängt zu rauchen, und kommen allmählich gar nicht mehr. 3 Monate später geht es dem Pat. noch sehr gut.

Mit diesen Beispielen von Hysterie, Neurasthenie und verwandten Affectionen will ich für heute schliessen.

Ich könnte Ihnen noch eine Reihe von Fällen von Kopfschmerzen, Migräne, Tic douloureux, Herpes zoster- und anderen Neuralgien anführen, die, wenn sie auch nicht direct als hysterische aufzufassen sind, doch insofern hierher gehören, als bei ihnen die Psyche, wenn auch nicht immer für die Entstehung, so doch für die Fortdauer des betreffenden Leidens eine entscheidende Rolle spielte.

Beispielsweise will ich nur einen Tic douloureux bei einem 65jährigen Herrn anführen, wo auf der rechten Seite die betr. Trigeminusäste resecirt worden waren, und wo einige Zeit später die

Schmerzen auf der linken Seite, und nicht lange darnach auch wieder in den von den resecirten Nervenästen versorgten Gesichtspartieen, wenn auch nicht so lebhaft wie früher, auftraten. Dieser Herr erzählte mir bei der Schilderung seines Leidens, dass er beim Aussprechen der Buchstaben l, m und n jedesmal einen Schmerzanfall bekäme. Während er mir dies erzählte, bekam er keine Schmerzen; erst als er auf meine Aufforderung hin, doch mal des Versuchs halber diese Buchstaben auszusprechen, dieses that, schrie er sofort vor Schmerz auf. Man würde dem Kranken Unrecht thun, wenn man dies für eine Einbildung seinerseits erklären wollte. Die Sache liegt vielmehr so, dass die Schmerzen beim Aussprechen dieser Buchstaben nur dann auftraten, wenn die Aufmerksamkeit des Kranken in genügendem Maasse auf den Eintritt des Schmerzes gerichtet war und nicht durch andere Dinge abgezogen wurde. Derartiges kann man sehr oft beobachten.

Liébeault et son École.

Causeries

par le docteur **A. W. van Renterghem.**

V.

Avis de l'auteur sur la psychothérapie en général et sur la méthode suggestive en particulier.

Lors de mon séjour à Nancy, je fus bien étonné d'abord de voir traiter le docteur Liébeault par la méthode suggestive des états morbides qui d'après mes vues sortaient absolument du cadre de maladies propres à être traitées par la psychothérapie. Mon étonnement ne tarda pas à changer en admiration lorsque je fus témoin de guérisons ou d'améliorations non dubieuses obtenues par ce traitement si bizarre et si simple en même temps, dans des cas de chlorose, de jaunisse, de diarrhée, de rhumatisme!

Jamais pendant la vingtaine d'années que je pratiquais la médecine, l'idée m'était venue qu'on pourrait traiter ces affections sans médicaments. J'acceptais la possibilité d'une guérison par voie psychique, d'affections causées par des influences psychiques, je croyais également à la vertu curative de la suggestion directe et indirecte dans les maladies de l'imagination, dans la série infinie des phénomènes de l'hystérie mais je pensais que les indications de la psychothérapie s'arrêtaient là.

Enthousiasmé des succès du docteur Liébeault, je me sentais tout naturellement porté à suivre l'exemple du maître et dès mon retour de Nancy je m'appliquais à traiter mes malades autant que possible par la méthode psychique, n'ayant recours aux drogues et

aux médications physiques qu'en dernier lieu, c. à. d. lorsque les circonstances m'y forçaient. Je venais à n'exclure aucun état morbide et à essayer la psychothérapie dans presque chaque cas qui se présentait. Souvent les résultats surpassaient mon attente.

Durant la première période que je me servais de la psychothérapie (mai-août 1887) j'eus presque exclusivement recours à la méthode suggestive appliquée à l'état de veille et à l'état de sommeil provoqué. Je traitais mes malades dans la majorité des cas à ma policlinique, quelquefois seulement à leur domicile. J'eus dès les premiers jours la satisfaction de pouvoir substituer en maintes occasions la suggestion aux remèdes narcotiques, alors qu'auparavant le chloral, la morphine, etc. formèrent mon unique ressource. Ainsi je me rappelle, par exemple, une vieille femme, affectée de calculs rénaux, ancienne malade que j'avais souvent guéri de ténesmes vésicaux et de coliques rénales par des piqûres de morphine, qui me fit mander chez elle dans les premiers jours de mai. Je la trouvai au lit en proie à de violents spasmes vésicaux. Elle me supplia de lui faire une injection. L'occasion me sembla trop belle pour ne pas essayer la nouvelle méthode. Je m'installai donc près de la pauvre femme, je lui parlai de mon voyage à Nancy, des cures merveilleuses que j'avais vu faire, des avantages d'un traitement par le magnétisme animal, enfin je sus lui faire consentir à essayer mon pouvoir de l'endormir et en effet quelques instants me suffirent à provoquer chez elle le sommeil et à lui enlever ses douleurs. Dès lors, la suggestion seule a pleinement suffi à faire les frais de son traitement ultérieur.

Pendant que je m'occupais cette première fois à hypnotiser la femme, son mari, un journalier, se trouvait au lit, malade lui aussi. Je m'étais cru seul avec la femme alors que l'homme avait suivi avec intérêt tous mes faits et gestes et avait entendu toutes mes paroles. Lorsqu'il avait vu l'effet miraculeux se produire, il n'y tenait plus et accusait sa présence en toussant légèrement. Je me rendais aussitôt près de lui et lui expliquais ce que je venais de faire. Le bonhomme était ébahi et me priait instamment de le débarrasser lui aussi, s'il était possible, de ses douleurs. Je procédai aussitôt à l'examen du malade et constatai une sciatique rhumatismale affectant l'extrémité gauche. Aussitôt je rassurai le patient et lui certifiai que je pouvais lui enlever ses douleurs tout comme à sa femme s'il voulut avoir confiance en moi. Le bonhomme se soumit aussitôt à mes manipulations et ne tarda pas à s'assoupir. Il se trouva au lit, déshabillé. Lorsque après quelques minutes le

malade interrogé m'assura être complètement délivré de ses douleurs et pouvoir remuer librement la jambe malade, je fis se lever et s'habiller le dormeur, puis lui tenant la main je le fis marcher dans la chambre. La douleur avait complètement disparu. Alors j'installai le patient dans un fauteuil près de l'âtre et l'éveillai un moment après. Il avait parfaitement dormi, mais se rappela tout de même tout ce qui s'était passé. Il avait senti disparaître les douleurs, disait-il, alors que je lui faisais des passes le long de la jambe et n'avait pas pu résister à mes suggestions de se lever, de s'habiller, de marcher. J'ai continué son traitement pendant les trois semaines suivantes. Au début, la douleur névralgique enlevée par la suggestion, se fit sentir de nouveau quelque temps après la séance donnée chaque jour au malade; cependant peu à peu les intervalles libres devinrent plus grands. Pour les témoins de la séance, la vue de ce vieillard qui pour arriver chez moi devait se hisser le long d'un escalier de vingt degrés, qui, avant le traitement, marchait avec peine et souffrait de chaque pas qu'il faisait, et qui se sentait parfaitement débarrassé de ses douleurs et repartait alerte après un traitement de quelques minutes seulement, pour les témoins, dis-je, cette scène faisait toujours un effet surprenant, miraculeux.

La femme du bonhomme — moins heureuse que son mari qui trouva sa guérison par l'hypnotisme — continua à réclamer de temps en temps l'imposition de ma main pour parer à ses douleurs. Elle m'assura préférer de beaucoup cè traitement à celui des piqûres de morphine. Comme je viens de dire, le traitement psychique remplaça chez elle depuis ce temps complètement la thérapie par les mēdicaments.

Le cas suivant fut également très-instructif pour moi. Il s'agissait d'une fille de dix-sept ans, hystérique, de parents petits bourgeois. Quelques mois auparavant je l'avais soignée pendant quelque temps pour une rétention d'urines très-rebelle qui n'avait cédée qu'après force cathétérisations répétées pendant quelques semaines. Au mois de juin 1887 je fus de nouveau mandé chez elle pour une récidive de ce même phénomène hystérique. Elle souffrait beaucoup et me priait avec insistance de la soulager à l'instant même et d'introduire le cathéter. Cependant, ma renommée d'hypnotiseur étant parvenue jusqu'à elle, lorsque je lui assurai que la suggestion hypnotique ferait tout aussi bien l'affaire, même que ce mode de guérir était d'autant plus préférable qu'il lui épargnerait le désagrément du cathétérisme répété plus ou moins pénible, elle était tout de suite résolue à se

soumettre à la nouvelle méthode. Les parents de la malade toutefois s'opposaient; protestants orthodoxes, ils avaient des objections religieuses et j'avais quelque peine à vaincre leurs préjugés et à les rassurer sur ce point capital: que le Malin n'avait rien à démêler avec l'hypnotisme. Lorsque enfin on me permettait d'agir, je réussis sans beaucoup de peine à endormir la malade qui grâce à mes suggestions parvint à uriner quelques instants après que je l'eûs éveillé sans que j'eusse à me servir de la sonde. Ce succès obtenu, j'ordonnai à la malade de quitter le lit et de venir me voir le lendemain à la policlinique en cas que l'incommodité se présentât encore. Le jour suivant elle vint à ma consultation. La salle regorgeait de monde et elle dût attendre son tour. Après qu'elle m'eut vu traiter quelques malades je m'occupai enfin d'elle et cette-fois-ci elle entra en somnambulisme. Quelques séances suffirent pour guérir le symptôme.

A différentes reprises j'eus l'occasion d'étudier l'influence salutaire de la suggestion appliquée aux rhumatismes musculaires tant aigus que chroniques. Si je réussinais à endormir suffisamment le malade ou si le patient se montrait apte à accepter et réaliser la suggestion, je parvenais aussi sans peine à enlever la douleur et à rétablir la motilité normale des muscles affectés. Le lumbago et le torticollis rhumatismaux me semblaient constituer tout particulièrement des états morbides favorables à être traités par la suggestion. La disparition soudaine de la douleur, la restauration complète et immédiate de la motilité chez des personnes suggestibles affectées de ces maladies, que je soumettais à mes manipulations faisait toujours une profonde impression tant sur le malade et sur les témoins que sur moi-même.

Dans la majorité des cas, il est vrai, les douleurs tardaient peu à reparaître. Cependant revenant à la charge, je réussinais le plus souvent à guérir ces malades dans quelques séances, répétées à bref délai. Je pus m'assurer ainsi que la guérison s'obtient ainsi plus vite et d'une manière plus agréable pour le malade par la suggestion hypnotique que par toute autre médication. Je me rappelle avoir traité, en ce temps là, un seul cas de rhumatisme articulaire et musculaire chronique. La malade, âgée de quarante-deux ans, fut guérie en cinq séances que je lui donnai avec des intervalles de trois jours, guérie de ses douleurs et des troubles de la motilité. La guérison ne s'est pas démentie depuis. Cette personne avait été malade, il y avait de cela deux ans, pendant plusieurs semaines d'un rhumatisme articulaire aigu. Au lieu d'entrer en franche reconvalescence la maladie avait passé à l'état chronique

et présentait des périodes d'améliorations et d'exacerbations. Elle avait été traitée par les salicylates d'abord et avait fait pendant les six mois derniers une cure de massage dont les résultats étaient nuls. La pauvre femme ne pouvait se mouvoir sans grandes souffrances, elle se trainait avec grande difficulté appuyée sur une canne. Elle se nourrissait mal, l'appétit étant nul et les nuits étaient mauvaises. La suggestion, éliminant l'élément douleur, a fait merveille dans ce cas, et a agi comme un charme. Grace à elle le jeu des articulations fut rendu plus facile, l'exercice méthodique devint possible, l'appétit, les digestions, le sommeil redevinrent normaux et quinze jours après sa première séance d'hypnotisme, la malade avait recouvert l'usage libre de ses membres; ses forces étaient revenues, elle avait gagné en poids et elle me quittait heureuse et enthousiaste de la nouvelle thérapie.

Certains phénomènes continuent à tourmenter les malades alors que la cause ait depuis longtemps cessé d'agir; le symptome morbide s'éternise pour ainsi dire. Aussi l'adage causa sublata tollitur effectus n'est rien moins que vrai. Le cas suivant que j'ai déjà rapporté ailleurs le démontre à l'évidence.

Il s'agit d'une fièvre intermittente quarte ayant résisté à un traitement sérieux par la quinine et les arséniates, suivi pendant quelques semaines, que je suis parvenu à guérir par la suggestion hypnotique.

Fièvre intermittente quarte, guérie par la suggestion hypnotique.

Un jeune homme de vingt-et-un ans, hystérique et sujet à des crises épileptiques avait été traité par moi pendant six semaines consécutives pour des accès réguliers de fièvre intermittente quarte. La fièvre s'était montrée rebelle à la quinine et aux arséniates. Sachant le malade très-suggestible et facilement hypnotisable, l'idée me vint d'essayer de couper les accès de fièvre par la suggestion. Les symptômes de fièvre paludaire étaient au grand complet. A différentes reprises j'avais observé le malade pendant l'accès et j'avais constaté la marche régulière des différents stades. Après un stade algide de $^3/_4$ d'heures à une heure de durée, se présentait celui de la chaleur d'une durée de six à sept heures et finissant par des sueurs abondantes. Engorgement de la rate très-décidée. Les accès de fièvre se présentaient régulièrement chaque troisième jour à cinq heures de l'après-diner.

Je suggérai le malade pendant l'apyrexie, à l'état d'hypnose, que l'accès de fièvre ne se présenterait plus. Cette suggestion répétée le lendemain eut pour seul résultat de retarder l'accès suivant d'une demi-heure. Pendant l'apyrexie suivante je répétai deux fois encore la même suggestion et j'obtins comme résultat un nouveau retard d'un quart d'heure, c. à. d. que l'accès fébrile débuta un quart avant six heures, mais en sus le stade des sueurs était de beaucoup plus court et les sueurs moins profuses. Ainsi la suggestion avait un effet, médiocre il est vrai, sur la marche des symptômes. Je changeai alors de tactique et ordonnai le malade

de venir me voir au prochain jour critique un quart avant cinq heures de l'après-midi. A l'heure dite je l'endormis et lui suggérai que les horripilations ne se présenteraient pas, qu'il n'aurait pas froid et que la fièvre ne reprendrait pas absolument. Je le retenais ainsi jusqu'à six heures sonnées, lui répétant de temps à autre cette même suggestion. L'accès ne se présenta pas. Je suivis le même procédé avec un succès égal, trois jours après. J'aurais pu en rester là; cependant par excès de prudence je priai le malade de venir me voir une fois encore à trois jours de là. Il fut exact au rendez-vous. Je l'endormis et ma suggestion donnée, je m'installai à mon bureau pour écrire. Après quelques instants on introduisit un nouveau client. Or celui-ci, étant blessé, réclamait un pansement et un moment accaparait tout à fait mon attention. Cet incident troubla le repos du dormeur qui commença à donner des signes d'inquiétude. Aussitôt que je m'aperçus de ce fait, je laissai le blessé se tirer d'affaire et m'installai aussitôt près du dormeur. Je constatai, que les phénomènes prémonitoires de la fièvre commencèrent à se présenter: baillements répétés, horripilations, des déplacements des membres, bleuissement des ongles. Alors je m'adressai avec énergie au malade et je commandai pour ainsi dire la disparition des symptômes débutants. Je continuai ainsi pendant une demi-heure environ mes suggestions impératives pour goûter enfin la satisfaction de voir disparaître les phénomènes avant-coureurs de la fièvre et pour constater le retour de l'état de santé antérieur. L'accès de fièvre ne se présenta plus.

Deux heures après je réveillai le malade qui n'avait aucune notion de ce qui s'était passé. Depuis j'ai continué le traitement de l'épilepsie tout en m'abstenant de dire un mot au malade au sujet de la fièvre. J'ai continué à le voir de temps en temps et j'ai pu m'assurer qu'en effet la fièvre était bel et bien jugulée.[1])

Les résultats favorables obtenus par ce mode de thérapie psychique dans certains états morbides, notoirement d'ordre organique, me poussèrent à étudier l'effet de la suggestion chez une fillette de douze ans, affligée de leucomes à la cornée des deux yeux. J'avais lu dans les écrits de James Braid, traduits en allemand par feu le professeur Preyer (Ausgewählte Schriften), que cet auteur avait réussi à faire disparaître par suggestion une taie (centrale très ancienne) à la cornée; elle datait paraît-il de bon nombre d'années déjà. L'attouchement réitéré des paupières par l'opérateur, la malade se trouvant à l'état d'hypnose profonde, avait produit ce résultat miraculeux. Conf. Preyer lib. cit. S. 199: „Diese Trübung wurde in sehr kurzer Zeit allein beim Gebrauche des Hypnotismus aufgesogen, dergestalt, dass eine brauchbare Sehschärfe eintrat und die Entstellung verschwand.“

---

[1]) Dans le livre de M. m. les docteurs Fontan et Ségard (Eléments de médecine suggestive 1887. Paris. Oct. Doin) on trouve également quelques observations de fièvre paludéenne jugulée par la suggestion hypnotique. Voir p. 287 et suiv.

Cependant je ne fus pas aussi heureux que **Braid**; je réussis facilement à mettre l'enfant en sommeil profond et lui donnai chaque jour durant six semaines une séance de suggestion hypnotique mais aucune amélioration ne se produisit.

Dans quelques autres cas de maladies chirurgicales je me suis servi au contraire avec grand avantage de la psychothérapie. Le cas suivant démontre qu'il peut-être avantageux d'associer la thérapie psychique dans des cas donnés à d'autres médications, les dernières appliquées isolément ne conduisant pas au but.

Ulcère chronique atonique, rebelle au traitement chirurgical Guérison obtenue par l'association de la suggestion hypnotique à ce traitement.

Le nommé M. ouvrier-chapelier, âgé de vingt-six ans, était affecté depuis longtemps d'un ulcère atonique très-étendu sur le devant de la jambe droite. Depuis quelques semaines j'avais traité l'ulcère par les bandelettes agglutinatives (bandage de Baynton), traitement qui m'avait souvent réussi dans des cas semblables. Cependant l'ulcération resta rebelle et quoique ne s'étendant pas, ne paraissait aucunement enclin à se cicatriser. C'était dans les premiers jours de mon retour de Nancy. Déjà on commençait à jaser de guérisons merveilleuses que j'obtenais par le sommeil provoqué. Or M. M. ayant entendu parler de mes succès et adonné aux croyances spirites, voyait en ma personne un médium guérisseur. Aussi je ne fus nullement étonné lorsqu'il me pria de vouloir bien le magnétiser. J'acquiescai à son désir et laissant là le bandage de Baynton je me contentai, après avoir fait une toilette soigneuse de l'ulcère, de le recouvrir d'une compresse de linge enduite de pommade boriquée, le tout retenu par une bandelette de gaze. Pendant une huitaine de jours je soumis alors le malade, qui prouva être très-suggestible, à un traitement par le magnétisme, lui donnant chaque jour une séance d'un quart d'heure environ. Quelques passes suffirent à le mettre en sommeil profond. Au bout de la semaine l'ulcération ne montrait aucune tendance à se fermer. Aussi je résolus de ne pas continuer la cure de la sorte mais de combiner le traitement magnétique avec l'application des bandelettes de Baynton. Comme devant je renouvelai ce bandage tous les trois jours. A mon grand étonnement je m'aperçus dès le premier renouvellement du bandage que la combinaison de ces deux traitements sortait un effet excellent. Je constatai la présence de nouvelles granulations et un rapprochement décidé des contours de la plaie.

Bref, je continuai ce traitement mixte et trois semaines après, l'ulcération qui avait présenté une étendue de la paume de la main était parfaitement cicatrisée.

On conçoit aisément que la rumeur publique multiplia à sa fantaisie et colora de ses plus belles couleurs mes guérisons obtenues par le sommeil. Une variété inouie de maladies chroniques et d'infirmités se présentèrent et on n'attendait ni plus ni moins que l'hypnotisme en aurait raison en quelques séances. Ainsi une femme d'une quarantaine d'années, néphrétique chronique, vint à ma consultation. Elle pouvait

à peine marcher tellement elle avait les jambes gonflées par l'anasarque et par suite d'une ascite énorme. Quoique je faisais de mon mieux de lui signifier qu'elle n'avait guère à attendre du bien d'un traitement par la suggestion, son opinion était faite. Rien n'y faisait. Elle me conjurait d'appliquer la nouvelle méthode sur elle, ayant pleine confiance que cela la guérirait. Que faire? Je résolus de contenter la pauvre femme et la priai d'attendre son tour. Après une attente d'une heure et demie, son tour étant venu, elle s'installa dans le fauteuil et s'endormit d'emblée avant que je n'eusse même en le temps de faire la moindre tentative pour l'endormir. Je n'exagère pas quand j'affirme que mes suggestions ont fait tout de même tant de bien à cette malheureuse, qu'elle et toute sa famille commençèrent à croire à une guérison prochaine.

Je réussis à stimuler la sécrétion urinaire, à rêgler les déjections alvines, à enlever l'oppression dans la région cardiaque, à rendre à la malade le sommeil de la nuit, l'appétit, les forces, ce qui revient à dire que je sus supprimer les phénomènes morbides ou du moins les réduire à un minimum d'intensité, tout en n'étant pas à même de guérir l'organe malade! Les éléments pathologiques, l'albumine, les cilindres continuèrent à se présenter dans les urines. Mon départ de Goes pour Amsterdam, au mois d'août, a été pour cette femme comme un arrêt de mort. Avec moi tout espoir de guérison l'abandonna, elle perdit tout courage et une huitaine après j'appris en effet son décès.

Un autre cas de maladie organique non moins grave que le précédent fut traité par moi avec un égal succès. Il s'agissait d'un cancer de l'estomac datant de deux ans dont était affectée une pauvre veuve de quarante-neuf ans. Il est bien entendu que je n'ai pas guéri le cancer. Mais j'ai réussi pourtant à donner à une malade, exténuée de douleurs et sur le point de succomber au mal qui la dévorait, tant de soulagement pendant les six semaines qui précédaient sa mort qu'elle aussi crut à sa guérison prochaine. Anémique au plus haut point, d'une faiblesse extrême à force de crachements de sang répétés, incapable de faire le moindre travail, sans famille et soutenue seulement par la caisse des pauvres de la paroisse, elle vint réclamer mes soins. Elle aussi, se présenta pour la première fois à ma policlinique. Chez elle encore je réussis d'emblée à provoquer le sommeil profond et à enlever momentanément les douleurs. Elle ne retenait plus aucun aliment, ne dormait pas, bref son état était désespéré. J'ai donné à cette femme deux ou trois séances chaque jour dont une — si elle était

en état de venir — à ma policlinique. Ces séances ne duraient guère plus de cinq à dix minutes. Grâce à mes suggestions les vomissements furent supprimés, l'estomac sût garder de nouveau quelques aliments légers: une couple d'oeufs, quelques bisottes et une légère quantité de lait; les digestions s'amélioraient. Les douleurs diminuèrent de beaucoup et la malade arriva à dormir quatre à cinq heures la nuit. Le procès morbide était toutefois trop avancé, les forces continuèrent à se perdre de petit à petit et à la fin de la sixième semaine de mon traitement l'exhaustion étant complète, la mort l'emporta. Le jour du décès j'avais fait encore une visite à la pauvresse le matin à huit heures. Je la trouvai au lit souffrante beaucoup de l'estomac. Je l'endormis. Après un sommeil de dix minutes elle quitta le lit sans douleur et mangea un oeuf et un biscuit. Lorsque je la quittai, elle me promit de venir à la policlinique dans l'après-diner. Peu de moments après elle succomba.

On est forcé de reconnaître la puissance thérapeutique peu commune exercée par la suggestion dans ce cas, quoique son action n'ait pas dépassé les limites d'un palliatif puissant. Je ne crois pas qu'il soit possible d'atteindre plus avec quelque médicament que je connaisse. Le traitement de cette pauvre femme m'a fait éprouver la plus grande satisfaction qu'un médecin puisse éprouver.

Au mois de février 1887, il sévit à Goes une épidémie de Trichinose et je comptais dans ma clientèle seule 120 malades infectés. Grâce à la suggestion hypnotique j'ai réussi à faire beaucoup de bien à un de ces malades. Il s'agissait d'un homme de trente ans, un horloger, qui depuis quelques jours était tellement tourmenté par des douleurs agaçantes dans les muscles que son état devint inquiètant. Il se démenait comme un fou, ne pouvait pas se tenir sur place, ne dormait pas. Ni la morphine, ni le chloral avaient de l'effet sur lui. Sous ces conditions je lui proposai de l'hypnotiser. Non sans quelque difficulté je réussis à l'influencer. Un quart d'heure environ je l'ai fait fixer un objet brillant pendant qu'il se trouvait couché au lit. Au bout de ce temps il s'endormit et a dormi quatre heures de suite. J'ai répété ensuite ce manège chaque soir pendant quelques jours, jusqu'à ce que la période aigue des douleurs rhumatoïdes fut passée et que le malade s'endormit de son propre compte.

Il était très-intéressant de voir comment le retour du sommeil influença heureusement les autres symptômes et amenda l'état général. L'horloger qui pendant plusieurs jours avait été incapable de faire son

't après la troisième séance le chemin de son atelier. Avec
' je me suis servi de la suggestion hypnotique dans
'urgicaux.

T. de Kloetinge, village voisin de Goes, me pria
'gé de dix ans, qui à son dire était phtisique et
. Malade depuis six mois, le garçon avait reçu
de santé. Or ce dernier avait abandonné le cas.
.es de mes cures miraculeuses espéraient que l'hypno-
peut-être sauver leur fils. M'étant rendu chez ces
, je trouvai l'enfant alité, dans un état d'amaigrissement
, couché sur le dos avec la jambe gauche ankylosée pliée dans
.ou, élevée et soutenue par des coussins. A l'examen la jambe
trouva hypertrophiée dans sa partie supérieure, le tissu cutané était tumifié et criblé d'orifices fistuleux dont écoulait une humeur purulente. Je reconnus, en introduisant la sonde, la présence d'un séquestre mobile. Alors j'appris de ces bonnes gens qu'il y a six mois le garçon aurait eu la fièvre typhoide accompagnée de douleurs atroces dans la jambe. La tuméfaction s'était présentée après et ensuite la peau avait été percée par ci, par là, par la matière purulente cherchant issue. Peu à peu la jambe s'était pliée sous la cuisse, le genou s'était ankylosé et depuis longtemps le malade s'était vu condamné à rester couché. La fièvre quoique moins grave qu'au début continue à se montrer chaque jour. L'enfant est irritable, très-sensible à la douleur, d'une débilité extrême, dort peu et ne mange presque pas ayant le dégoût de tous les aliments.

J'avertis les parents que leur enfant avait été malade non de la fièvre typhoide mais d'une ostéomyelite et qu'une portion d'os nécrosé enclavée devait être extraite pour rendre la guérison possible. Ces bonnes gens tombaient des nues lorsqu'ils m'entendaient parler d'opération chirurgicale alors qu'ils avaient cru que je traiterais leur garçon par l'hypnotisme. Je pus leur donner cette consolation que l'hypnotisme pourrait tout de même servir à enlever les douleurs, à rendre l'appétit et les forces, à donner le sommeil, à roborer l'enfant; que ainsi il arriverait en état de subir l'opération; qu'il serait possible peut-être d'opérer sous le bénéfice d'une anesthésie suggestive et d'un sommeil hypnotique. Je sus gagner en même temps la confiance du petit malade, aussi les parents ne tardèrent pas longtemps à me donner plein-pouvoir et à me permettre de conduire le traitement comme je le jugerais nécessaire. J'arrivai facilement à hypnotiser le petit. Il tomba en sommeil profond

et par des suggestions appropriées un revirement favorable se dessina dans l'état du patient. La fièvre tomba, l'appétit revint, le sommeil de la nuit devint normal, les douleurs s'apaisèrent, les forces se rétablissèrent et je réussis à rendre au membre inférieur sa position normale en faisant l'extension graduellement croissante de jour en jour sous la faveur de l'anesthésie suggestive. Le succès obtenu rendit le courage au malade, si bien, qu'il désira lui même que je procédasse aussitôt que possible à l'opération. Le quinzième jour du traitement je fis selon son désir et pratiquai la nécrotomie avec l'assistance d'un de mes collègues. Comme le garçon ne venait pas en somnambulisme profond et que l'anesthésie suggestive n'avait jamais été complète, je me vis contraint à regret à faire appel au chloroforme. Du reste je n'ai eu besoin que d'une très-faible quantité, la suggestion aidante, pour arriver à mes fins c. à. d. à une anesthésie suffisante.

Le reste du traitement marcha à souhait. Le huitième jour après l'opération le malade pouvait déjà se lever et commença à s'exercer à marcher, le quinzième la cicatrisation était si avancée qu'il pouvait enfourcher un cheval et se rendre ainsi à ma consultation. J'ai vu le garçon pour la dernière fois le 10 août 1887 c. à. d. quelques jours avant mon départ pour Amsterdam. La cicatrisation était en bon chemin, l'état général du garçon excellent.

L'intervention salutaire de la suggestion hypnotique n'est pas à méconnaitre non plus dans le cas suivant:

Contusion grave de l'épaule droite. Suppression de la douleur et rétablissement de la fonction du membre par la suggestion hypnotique.

Mon frère aîné, homme de quarante-quatre ans, bien portant, d'excellente constitution, sans antécédents nerveux ou autres, eut le malheur de faire une chute d'un escalier de six marches. Il s'était levé le matin à quatre heures pour se rendre à la garde-robe et à demi-éveillé son pied avait glissé. Il était tombé tout de son long, le poids du corps donnant sur l'épaule droite. Avec quelque peine il sut cependant se remettre sur pied et regagner le lit sans l'aide d'autrui. Ressentant de fortes douleurs à l'épaule et se trouvant incapable de mouvoir le bras droit, il fit mander le médecin. Celui-ci se présenta à neuf heures du matin et ne trouva à l'examen, hormis une contusion très-grave des parties molles, aucun symptome de luxation de l'épaule ni de fracture des os. Il recommanda le repos absolu et fixa le membre dans un bandage approprié.

Ma belle-soeur cependant, inquiète de l'état de son mari, me pria le troisième jour de venir le voir. Je me rendis à son désir et arrivai dans l'après-midi à Bergen op Zoom situé à une heure de distance en chemin de fer de chez moi.

Je trouve mon frère assis dans une chaise-longue, le bras soutenu par un bandage. Le mouvement du bras droit lui est tellement douloureux qu'il me prie

de l'examiner; il ne peut pas croire qu'il ne s'agisse que de contusions simplement et pense que le médecin ait du se tromper.

Avec grande prudence j'enlève le bandage. Je constate de la tuméfaction très-décidée surtout au-devant de l'épaule et des ecchymoses étendues sur le contour de l'épaule. Comme le plus léger attouchement des parties éveille aussitôt de fortes douleurs, il m'est impossible de décider s'il y a fracture de la clavicule. L'aspect seul permet de conclure à l'absence de luxation et de fracture de l'humérus. Le malade ne me permet pas de m'assurer si le mouvement passif du bras est possible, il soutient le bras malade de sa main gauche et refuse de le lâcher.

Je lui déclarai que pour obtenir la certitude qu'il ne s'agit que d'une contusion il faudrait pouvoir m'assurer si la motilité des parties est normale et que pour ce faire la narcotisation par le chloroforme serait nécessaire. Je lui proposai donc d'avertir son médecin et de le prier de faire avec moi cet examen.

Mon frère ayant le cloroforme en sainte horreur, me demanda s'il ne serait pas possible de l'hypnotiser et de profiter de l'anesthésie suggestive pour faire cet examen. Il savait notamment que je m'occupais ces derniers temps de l'hypnotisme et s'était intéressé beaucoup aux succès que me valurent les applications de la suggestion dans la pratique médicale dont je lui avais parlé de temps en temps.

J'acceuillis cette proposition avec grand plaisir et j'étais curieux de savoir s'il se montrerait suffisamment suggestible. J'en étais à mes premières expériences à Goes et je n'avais jamais essayé d'hypnotiser mon frère.

Je l'installai dans un bon fauteuil, lui accommodai le bandage et l'invitai ensuite à fixer un canif que je tins dans la main à quelque distance de ses yeux. Je ne soufflai mot. Après dix minutes environ les paupières battirent, s'alourdirent de plus en plus, se fermèrent enfin. Je réussis à provoquer un sommeil très profond; alors je suggérai l'anesthésie et procédai prudemment à l'examen. J'étais stupéfait que mes manipulations avant si douloureuses ne fussent pas senties maintenant par le dormeur. Je pouvais palper et examiner à mon aise la clavicule et m'assurer qu'elle n'était pas fracturée. Je dégageais le bras que j'avais sorti du bandage et imprimais tous les mouvements nécessaires pour me rendre compte si l'humérus et l'articulation scapulo-humérale étaient libres de toute lésion.

Assuré que le malade ne souffrait pas, je profitai de cette anesthésie pour lui faire exécuter tous les mouvements imaginables. Enfin je donnai la suggestion qu'une fois réveillé il n'aurait plus de douleurs et pourrait se servir parfaitement de son bras et de sa main malades. Après un sommeil d'une demi-heure, je le réveillai. Il reconnut avoir bien dormi. Son premier mouvement fut de soutenir le bras de sa main gauche lorsqu'il s'aperçut que le bandage était enlevé. Il secoua la tête en négation lorsque je lui assurai qu'il pouvait maintenant se servir du bras sans avoir de douleur. Ce ne fut que petit à petit que la persuasion lui vint que je disais vrai. Il fallait voir alors comment il usait de prudence au début et comment la confiance dans la validité du membre renaissait et augmentait graduellement et finit par le gagner complètement. L'amnésie était complète.

L'étonnement de ma belle-soeur et des enfants était grand lorsqu'ils virent entrer le malade dans la salle à manger sans bandage aucun, il augmenta encore lorsqu'ils virent mon frère se servir de sa main comme si de rien n'était, découpant la viande, remuant la salade. Ma belle-soeur n'en crût pas ses yeux et alla jusqu'à

penser que son mari avait joué la comédie ou pour le moins avait fortement exagéré. Heureusement j'étais là pour confirmer qu'il avait été de parfaite bonne foi; du reste la tuméfaction et les ecchymoses de l'épaule appuyaient suffisamment mon affirmation.

Dans le cours de la journée, la douleur revenait peu à peu sans atteindre cependant la violence première, la nuit fut bonne et le lendemain une deuxième séance supprima de nouveau la douleur. Cette fois ci le succès fut plus persistant et une troisième séance que je donnai deux jours après complèta la guérison.

Une semaine après l'accident mon frère pût reprendre ses occupations et si la coloration de la peau n'eût pas témoigné de la lésion, il eut pu croire que toute l'histoire n'avait été qu'un jeu de l'imagination.

Un autre exemple tiré de ma pratique courante peut servir également à démontrer, comme dans le précédent cas, que l'anesthésie suggestive peut remplacer avec avantage celle obtenue par le chloroforme.

Le nommé L., maître maçon, âgé de trente-huit ans s'est démis l'épaule droite le 13 avril 1887. Mandé près de lui je, réussis non sans beaucoup de peine, à réduire la luxation, opération qui fut très-douloureuse, après quoi j'appliquai un bandage plâtré pour maintenir les parties dans un repos absolu. Je recommandai au malade de s'abstenir absolument de tout travail et de revenir me voir au bout d'une quinzaine.

Or M. L. ne se présenta que le 12 mai suivant á ma consultation. Le bandage enlevé je pus constater que les parties se trouvaient à leurs places naturelles, que toute trace de l'accident s'était effacée. Aussi j'engageai le bonhomme à faire quelques mouvements avec le bras malade. Il s'efforça de m'obéir mais un essai prudent lui procura de si fortes douleurs qu'il s'abstint aussitôt. Des mouvements passifs que j'imprimai au bras furent tout aussi douloureux et je n'aboutis pas à persuader le malade qu'il devait vaincre sa pusillanimité. Il allait se retirer lorsque je lui proposai de l'endormir et de lui enlever les douleurs par le sommeil. J'hypnotisai d'abord deux malades devant lui, puis, après ce spectacle, M. L. se déclara disposé à être endormi. J'obtins un sommeil suffisamment profond et j'en profitai pour accommoder le malade aux manipulations nécessaires pour arriver à la restauration de la motilité. Je me contentai à cette première séance de dégager les articulations des doigts et de la main. Dans la soirée du même jour je donnai une deuxième séance. Je répétai les séances dix jours de suite et au bout de ce temps par un exercice lentement progressif tous les mouvements s'exécutaient sans douleur aucune.

Je m'abstiendrai de relater d'autres cas semblables, de crainte d'ennuyer le lecteur. Ceux que j'ai mentionnés démontrent à l'évidence qu'un traitement par la suggestion — appuyant les médications usuelles dans la pratique courante — est en état de rendre de signalés services à tout médecin qui sait la manier.

Durant ces trois mois à Goes j'hypnotisai 178 personnes. Les

divers degrés d'influence obtenus chez elles se répartissent comme il est indiqué au tableau suivant:

Non-influencés . . .	7
somnolence	9
sommeil léger . . .	34
sommeil profond . .	79
sommeil très-profond .	29
somnambulisme . . .	20
soit	178.

Pour un débutant je n'avais pas à me plaindre de ce résultat. Je traitais la majorité de mes malades à ma policlinique, dans quelques cas seulement la première hypnose fut faite au domicile des patients. Dans l'un et l'autre cas les résultats, quant au degré de sommeil obtenu, furent égaux. Les sujets endormis à la policlinique jouissaient de l'avantage que présente un milieu favorable et l'influence suggestive de voir endormir d'autres personnes; les malades traités à domicile profitaient d'une position plus commode et moins gênante, comme je les hypnotisai communément au lit et en leur toilette de nuit. J'appris ainsi à connaître les avantages et les désavantages d'un traitement en présence d'autres malades et de curieux, et ceux que présentent les séances particulières.

Dès le début de ma pratique psychothérapeutique à Amsterdam j'ai rompu avec la coutume de traiter le malade en présence d'un public d'autres malades, de parents, d'amis ou de curieux, coutume que j'avais copiée fidèlement de la policlinique du docteur Liébeault. J'ai abandonné cette méthode parce qu'elle me paraissait présenter des inconvénients sérieux dans le traitement de malades appartenant pour une grande partie aux classes élevées de la société. Les malades qui se présentaient à ma policlinique de Goes se recrutaient dans les classes d'artisans, de paysans, de petits bourgeois, ils appartenaient exactement à la même classe de personnes que j'avais vu traiter à Nancy. L'installation sommaire de Goes, imitée de Nancy, ne pouvait non plus suffire à Amsterdam, enfin le genre de malades, principalement des hystériques et des neurasthéniques, réclamait des conditions de traitement différents. Les neurasthéniques sentent le besoin de s'épancher, de se décharger de leurs peines, de conter leurs travers, de se confesser pour ainsi dire au médecin, ils aiment à être seuls avec lui, ils ont en outre besoin d'un lieu calme, à l'abri de toute rumeur, de tout ce qui peut les distraire, pour dormir. Les hystériques avec leur nature versatile,

leur suggestibilité morbide se prêtent aussi plustot à être traités séparément, ne fut-ce que pour parer à l'influence pernicieuse de l'exemple. L'infection hystérique se gagnant chez les prédisposés aussi aisément que la scarlatine ou la coqueluche. Le traitement des bègues, des malades à l'ouïe dure, des personnes affectées d'aphonie etc. imposant tant au médecin qu'aux patients d'élever la voix pendant l'exercice, ne peut guère se faire aussi dans au milieu où se trouvent d'autres hypnotisés à moins qu'on ne veuille s'exposer à troubler le sommeil de ces derniers ou à les distraire.

D'après mon opinion il est préférable, dans la majorité des cas, de traiter les malades sans témoins. Différentes circonstances cependant forcent le médecin à se départir de cette règle et de permettre la présence d'un parent du malade ou bien de traiter deux ou plusieurs malades dans le même local. Dans ce dernier cas une surveillance spéciale de la part du médecin est de toute nécessité. Il doit veiller à ce que les hypnotisés ne se troublent pas mutuellement le repos, soit par leurs ronflements, soit par des rêves à haute voix etc.

Jusque là, la méthode suggestive avait principalement fait les frais de mes applications de la psychothérapie. Je m'aperçus cependant bientôt, dès le commencement de ma pratique à Amsterdam, que pour arriver à mes fins je ne pouvais guère m'en tenir là et que les autres modes de la psychothérapie devaient complèter le traitement.

Dans la petite ville de Goes où j'exerçais les trois branches de la médecine, je connaissais pour ainsi dire tous les malades, qui se présentaient pour se faire hypnotiser, dans leur vie intime, étant en même temps le médecin de la famille de la plupart de ces gens, aussi m'était il facile d'appliquer sur eux, sans plus, la suggestion hypnotique et j'arrivai souvent en quelques rares séances à mes fins. Je me servis donc de la méthode suggestive comme d'un complément au traitement médical ordinaire. Toute autre fut ma position à Amsterdam, dans la grande ville, vis à vis de malades qui m'étaient tous absolument étrangers. La plupart d'eux vinrent à moi sans le consentement ou tout au moins à l'insu de leur médecin, beaucoup de ces personnes ne se présentèrent que poussés par la curiosité, attirés par l'étrangeté de la nouvelle thérapie, presque tous parfaitement ignorants de la suggestion et comment elle opère. On conçoit que pour faire du bien à ces malades, pour arriver à des guérisons sérieuses, il ne pouvait suffire de donner simplement quelques séances de suggestion hypnotique

mais qu'il était nécessaire d'instruire le malade, de l'entrainer, de le calmer au besoin par des séances prolongées, de l'isoler etc. Il en résulta que les malades qui réclamaient des soins assidus, un traitement psychique complet, furent récueillis dans la clinique et que les hypnotisations et les applications de la suggestion se faisaient autant que possible isolément; les séances étaient données plus longues et parfois répétées le même jour. Je n'admis des témoins que dans les seuls cas où le malade en exprima le désir où que je jugeai la présence d'un tiers convenable ou nécessaire.

Les résultats obtenus m'ont appris que cela était bien vu. En jetant un regard rétrospectif sur les dix années passées, je puis constater avec satisfaction qu'un grand nombre d'hystériques et de neurasthéniques doivent á mon appui moral et aux soins que je leur ai prêté pendant plus ou moins longtemps et que je continue à prêter encore à certains d'eux, l'avantage d'une santé relativement excellente. Ces personnes exposées à tout moment à des troubles fonctionnels plus ou moins graves, grâce à une disposition spéciale de leur système nerveux, qui se distingue par l'instabilité de son équilibre, présentent souvent des symptômes morbides occasionnés par des influences somatiques ou psychiques, alors que ces mêmes causes agissant sur des individus sans tare nerveuse restent sans conséquence fâcheuse. Un traitement psychique bien compris et bien conduit est ce qui leur convient le mieux.

L'hystérie et la neurasthénie, états morbides présentant beaucoup d'analogie dans leurs symptômes, tellement souvent qu'il est difficile de démêler s'il s'agit de l'une ou de l'autre de ces névroses, les limites étant peu marquées, sont difficiles à étudier scientifiquement parceque leurs phénomènes principaux sont d'ordre subjectif. S'ils présentent des difficultés au diagnostic, leur traitement n'est pas facile non plus; il réclame des soins, du dévouement, de la patience et une somme de temps considérable, conditions qu'il n'est pas donné au médecin ordinaire de remplir dans la majorité des cas.

Le nombre est très-grand de ces malades qui se sentent plus ou moins délaissés de leur médecin et qui ne retirent pas le bénifice espéré de son traitement parce que le docteur ne se donne pas assez de peine ou manque le tact de mouler dans une forme convenable ses conseils. Aussi les voit-on se rabattre sur les spécialistes passant de l'un à l'autre pour finir par se jeter dans les bras du charlatan. Le traitement psychique de l'hypocondrie, de l'hystérie, de la neurasthénie nous

a valu maint succès. Quoique ces états morbides soient peu ou pas justiciables d'un examen objectif, ils n'en constituent pas moins des maladies très importantes au point de vue scientifique.

Ces malades ont besoin pendant une période de temps plus ou moins longue, pendant des mois, des années, quelquefois même leur vie durant d'un soutien moral, d'une direction ferme et énergique. Ce soutien moral, cette direction devrait stricte dictu leur être donné par le médecin de la famille et cela se voit en effet dans les petites villes et à la campagne. Dans les grandes villes, avec leur nombre toujours croissant de médecins-specialistes, il est depuis longtemps d'usage que les malades s'adressent très-vite et souvent à l'insu de leur médecin ordinaire, à l'ophthalmologue, au rhinologue, au spécialiste en gynécologie, au neurologue etc. Le prestige du médecin de famille en a beaucoup souffert et les exemples se font de plus en plus rares de malades qui honorent et apprécient leur médecin comme il le faudrait et comme cela se faisait jadis. Personne en effet ne serait mieux en état de prévenir l'éclosion de phénomènes hystériques et neurasthéniques que le véritable médecin de famille, l'ami dévoué et bon conseiller, présidant à la naissance des enfants et veillant à la santé de tous. L'accroissement inquiètant de névroses dans cette seconde moitié du siècle réclame la réhabilitation du médecin de famille et l'étude plus approfondie des grandes névroses et de leur traitement conduira, nous l'espérons, à sa résurrection. Son rôle comportera entre autres de guider et de servir de ses conseils les parents des enfants porteurs de stigmates précoces de la tare nerveuse. Il leur fera connaître l'importance capitale du milieu et de l'exemple pour ceux-ci, le danger du surmenage psychique et physique. On le consultera quand l'enfant sera plus avancé en âge sur le choix d'une carrière, afin que celle-ci soit en concordance avec la disposition d'esprit, le goût, le développement intellectuel et les forces physiques des jeunes gens.

Si l'hygiène du corps réclame en premier lieu l'attention des parents, des pédagogues, du médecin, celle de l'esprit non plus ne doit pas être négligée; l'importance de l'une et de l'autre est également considérable. L'observation judicieuse des règles de l'hygiène servira à prévenir et à conjurer si possible l'éclosion de la névrose latente; celle de la psychothérapie s'impose quand, malgré tout, quelque symptôme menaçant se dessine. Jusqu'à cette heure cependant, la nécessité indéniable d'une thérapie psychique systématique bien comprise est loin d'être reconnue généralement et on ne viendra à reconnaître son im-

portance que lorsque l'enseignement de la médecine aura fini de ne s'occuper, dans l'étude et la recherche des causes de la maladie, que des facteurs somatiques en négligeant presque complètement les points étiologiques psychiques. Voilà ce qui explique la désillusion qu'éprouve le jeune docteur sortant des bancs de l'école et faisant ses premiers pas sur la voie de la pratique médicale. Initié dans les secrets et au fait de toutes les finesses du diagnostic physique, expert dans l'art de reconnaître les lésions anatomiques, il lui manque les connaissances nécessaires pour soumettre à un examen également approfondi les lésions psychiques du malade. Aussi son jugement reposant sur des données incomplètes doit forcément être erroné, sa thérapie s'en ressent et il est conduit à traiter plutôt la maladie que le malade.

La confirmation à l'autopsie, d'un diagnostic anatomique posé pendant la vie du malade, peut procurer un contentement au médecin qui ne saurait égaler cependant cette autre satisfaction, bien plus douce, que lui fait éprouver le plus simple succès thérapeutique. C'est que dans le premier cas le succès n'intéresse que l'homme scientifique qui est en lui et que dans le second il s'adresse en même temps et à l'esprit et au coeur du médecin.

La thérapie aussi exige d'être traitée avec plus de considération et à ne plus être considérée dans l'enseignement médical comme inférieure au diagnostic physique et à l'anatomie pathologique. Je concède volontiers qu'il n'est pas possible d'instituer une bonne thérapie sans examen sérieux préalable. J'exige même que cet examen — comme je l'ai dit plus haut — soit complèt et embrasse également le côté psychique du malade. Le médecin ne peut pas se contenter de reconnaître et de constater la lésion somatique, mais il doit s'occuper aussi sérieusement des troubles psychiques concomittants. En effet toute lésion organique est compliquée en certaine mesure de troubles psychiques. Ce qui permet de conclure que le traitement à instituer doit être mixte et s'adresser d'une part à la lésion anatomique et d'autre part aux phénomènes morbides d'ordre psychique. La psychothérapie ne voit donc pas son rôle se restreindre au traitement des seules maladies nerveuses, comprises dans le sens populaire du mot, mais elle trouve parfaitement ses indications dans celui des maladies organiques, complétant là, les médications physique et chimique. Le role principal lui est dévolu dans le premier cas, le role secondaire lui revient dans le second.

Il est de toute notoriété que la psychothérapie a été connue et appliquée même dans les temps les plus reculés. L'histoire de la médecine nous l'apprend. La suggestion directe et cachée; dans les mains des prêtres et des profanes, le traitement psychique général: ainsi l'éloignement du malade hors d'un milieu délétère, les soins nécessaires pour lui éviter des émotions nuisibles, de lui procurer des distractions convenables soit par le choix d'occupations agréables, par la musique, des travaux d'agrément, des amusements, des jeux quelconques tout cela ne date pas des derniers temps. Mais de date toute récente est l'application méthodique intentionelle de la psychothérapie.

Or c'est elle que nous devons au maître, à notre Liébeault, au fondateur de la thérapie suggestive qui nous a enseigné à guérir des symptômes morbides par l'évocation d'idées. Grâce à ses doctrines, on est venu à reconnaître qu'une grande part de la valeur thérapeutique de nos médications usuelles revient à la suggestion.

La méthode suggestive et la suggestion hypnotique occupent sans nul doute le premier rang parmi les modes divers de la thérapie psychique mais ne suffiraient pas à elles seules à remplir toutes les indications de la psychothérapie.

En effet, il ne suffit pas dans quelque cas donné de troubles nerveux fonctionnels, d'hypnotiser le malade et de lui faire la négation du symptôme. On doit chercher la cause de la lésion psychique et tâcher de l'éliminer. La cause essentielle est souvent constituée par la disposition nerveuse héréditaire alors que la cause accidentelle est d'ordre émotif: misère, soucis, frayeur, ou bien se rapporte à des maladies organiques précédentes, au surmenage physique ou intellectuel, à l'affaiblissement suite de couches ou de lactation, à l'abus de boissons alcooliques, de morphine, de cocaine, de tabac.

Il est du devoir du médecin d'étudier ces antécédents et de prendre ses mesures pour éliminer ou neutraliser ces influences délétères. Il peut être nécessaire d'ordonner au malade un changement de milieu. Je ne prends cette mesure que dans la dernière extrémité, parce que l'expérience m'a appris que le retour dans les conditions premières, après une absence plus ou moins prolongée, donne le plus souvent lieu à une récidive. La prescription du régime très détaillée est ensuite de toute nécessité.

Le programme du traitement psychique à instituer est jusque là uniforme pour tous les malades sans exception. La suite du programme n'est applicable que chez les personnes suffisamment instruites. J'ai en vue

l'application de la thérapie éducative (Erziehungs-Therapie). Si je dis suffisamment instruites, je m'explique mal, je devrais plutôt dire chez les personnes saines d'esprit et aptes à comprendre l'exposition qu'on leur fait de leur état et de la manière qu'on se propose de suivre pour les guérir. Aussi ce mode de la thérapie psychique est-il applicable chez un grand nombre de malades; mais il faut — pour réussir — que le médecin sache se mettre suffisamment au niveau de leurs connaissances et de leur développement intellectuel pour se faire comprendre. Alors seulement il lui sera possible de leur expliquer que les symptômes morbides dont ils souffrent, tout en étant très-réels, ne sont pas l'effet d'une maladie somatique, mais plutôt les effets d'une innervation vicieuse; que l'exercice de certains muscles qui fonctionnent mal, que le rétablissement du pouvoir de la volonté, que l'amélioration des fonctions digestives conduiront, etc. à relever et à rendre normal le pouvoir de résistance de l'esprit et du corps contre les influences délétères.

Chez les gens d'esprit obtus, chez les personnes trop exaltées ou trop déprimées pour suivre avec attention et avec succès cette exposition on se trouve réduit à essayer de les guérir par la foi. Les modes de guérison par la foi sont divers, mais ils sont tous justiciables de la suggestion. La guérison peut s'opérer par la suggestion directe, soit à l'état de veille, soit à l'état de sommeil provoqué ou bien par la suggestion indirecte ou cachée sous la forme de médicaments chimiques plus ou moins indifférents, de massage, d'électricité, de magnétisme, d'hydrothérapie, de climatothérapie, de bains de soleil, d'amulettes, de reliques, etc.

Comment se fait-il maintenant qu'un grand nombre de malades nerveux appartenant à la classe aisée, de gens bien éduqués et souvent très-instruits, aient sans succès consulté des médecins des plus compétents, professeurs de clinique, spécialistes, qui n'ont pas manqué de leur servir d'excellents conseils, de leur prescrire un régime et d'appliquer sur eux les principes de la thérapie éducative, et que plus tard s'adressant à moi cette même psychothérapie a réussi à les débarrasser de leurs misères? La seule explication qui s'impose me paraît être celle-ci, savoir que j'ai su marier la suggestion aux autres modes de la thérapie psychique. En effet, je suis d'avis qu'un traitement psychique ne réussit le plus souvent qu'à moins qu'il se trouve complèté par la suggestion. L'importance de la suggestion dans la psychothérapie, égale celle de la pierre du milieu fermant la voûte dans

un ouvrage de maçonnerie. Sans la clef de voûte, l'ouvrage est incomplet, dissolu, incertain, ne tient pas.

Le succès de la suggestion dépend surtout de la crédivité du malade, disposition d'esprit qui est l'effet de sa confiance plus ou moins grande dans le médecin. Dans aucune thérapie la personalité du médecin ne tient un rôle aussi considérable que dans la thérapie psychique. Il doit savoir imposer du respect sans inspirer de la crainte, savoir mettre le malade parfaitement à son aise, le convaincre qu'il comprend sa maladie et qu'il est aussi en état d'y remédier. Rien ne rassure et n'apaise tant l'hystérique et le neurasthénique que l'aplomb du médecin, que la certitude avec laquelle il leur affirme qu'ils ne sont pas des malades imaginaires que leur souffrances sont réelles, qu'elles existent, qu'elles ne se rapportent pas à un défaut de la volonté mais plutôt à une incapacité passagère d'exercer telle ou telle fonction, que ses organes tout en étant sains et valides souffrent, en tant que le jeu des fonctions est vicié.

Il n'existe pas en effet de malades imaginaires et je partage l'avis du docteur Ch. Féré[1]) quand il dit: „Le malade imaginaire est une création littéraire qui ne répond à aucun fait réel; il n'y a pas de malades imaginaires mais il y a des maladies d'imagination.“

Rien ne blesse et n'irrite tant le malade nerveux déjà si impressionable que le reproche de simulation, d'exagération, que d'entendre dire que sa maladie n'existe pas, que ses douleurs sont imaginaires, que ses membres ne sont pas paralysés, qu'il serait parfaitement valide s'il le voulait etc.

La prédisposition nerveuse héréditaire n'est pas douteuse dans la majorité des cas d'hystérie et de neurasthénie. La névrose toutefois peut rester latente pendant toute la vie si les personnes prédisposées rencontrent peu ou pas de contrariétés ou de souffrances morales et physiques; elle peut se développer au contraire fort tôt, même chez les personnes très-jeunes après quelque maladie ou quelque choc moral. Le traitement de ces maladies fonctionelles réclame surtout la direction d'un médecin dévoué et expert dans l'application de la psychothérapie. La devise de Gerhardt est en tous points applicable à ces deux névroses: „Diese Krankheit heilt nicht die Arznei, sondern der Arzt.“ Le plus souvent le médecin ordinaire n'est pas averti à temps, on ne le consulte que lorsque le mal est déjà en pleine évolution.

---

[1]) La Pathologie des émotions, p. 548.

Mais il arrive aussi que le médecin de la famille consulté pour quelque trouble nerveux se contente de donner quelques conseils et ne s'occupe plus guère du malade. Les parents, devant l'indifférence du médecin, si les symptômes continuent ou vont en empirant, en consultent un autre et encore un autre. Ainsi commence la triste Odyssée de beaucoup d'hystériques et de neurasthéniques. Ils passent d'une main dans l'autre et quoique le malade et ses parents soient animés d'abord d'une foi fervente dans la médecine et les médecins, quoiqu'on aie suivi au début réligieusement les prescriptions successives dont l'une fait souvent le contre-pied de l'autre, à la longue cette foi finit par se perdre et le malade, ne sachant plus à quel saint se fier, perd toute confiance.

Je souhaiterais que le praticien ordinaire fut à même d'appliquer avec succès les modes divers de la thérapie psychique chez ces malades. Appliquée dès le début et conduite de main ferme, la psychothérapie serait en état de réprimer et de prévenir en maint cas l'évolution de la névrose, elle sauverait beaucoup de malades d'une existence misérable. Or cet état de choses ne se voit, hélas, que trop rarement. Le plus souvent le médecin ordinaire ne s'entend guère à appliquer systématiquement la psychothérapie; il ne sait pas surtout manier la suggestion et provoquer le sommeil hypnotique. C'est que la pratique médicale de l'hypnotisme doit s'apprendre. La suggestion thérapeutique est un art qui exige de l'expérience et, quoique croissant, le nombre de médecins qui savent appliquer la suggestion et s'en servent avec succès est très-restreint. Le diplome de docteur en médecine ne dispense pas des études complémentaires indispensables requises pour exercer avec succès une spécialité quelconque. S'il en est ainsi pour l'ophthalmologue, pour l'otiâtre, pour le gynécologue, l'exercice de la psychothérapie réclame aussi des qualités spéciales. Dans un article très-intéressant: „Der Hypnotismus in der Hochschule" (Zeitschr. f. Hypnot., Bd. VI S. 1—8), le professeur Forel émet le voeu que l'enseignement officiel de la médecine dans les universités comprenne bientôt aussi celui de la thérapie suggestive. Le cours de thérapie suggestive pratique formerait le complément d'un cours théorique de psycho-physiologie. Nous souhaitons avec M. Forel qu'une réforme dans ce sens se fasse sons peu dans l'enseignement de la médecine.

Si l'application de la psychothérapie doit entrer dans le domaine du praticien ordinaire et espérons que les temps ne sont plus loins où le médecin de famille saura manier la suggestion thérapeutique, des

obstacles sérieux continueront à s'élever à son introduction dans la pratique courante. Le premier de ces obstacles est le temps qu'exige ce traitement. En effet pour avoir des succès persistants, il faut dans maint cas donner au malade des séances quotidiennes à une même heure, séances prolongées quelquefois, d'une durée d'une à plusieurs heures, et continuer ce traitement durant des semaines et des mois. Quel praticien, même doué de la meilleure volonté, serait en état de cumuler ses occupations ordinaires à celles du psychothérapeute?

Le second obstacle que j'ai en vue n'est pas moins sérieux. Admettons que le médecin de famille soit un praticien accompli, doublé d'un psychologue et parfaitement capable d'appliquer les divers modes de la thérapie psychique, y compris la thérapie suggestive; admettons encore qu'il dispose d'une routine suffisante et qu'il ait obtenu déjà mainte guérison grâce à la psychothérapie. Il peut arriver alors qu'il ne réussisse pas, mais pas du tout, dans un cas donné qui ressemblerait complètement quant au genre de maladie, quant à la prédisposition, quant à la constitution du malade etc. à d'autres qu'il aurait réussi à guérir. Cela tient alors tout simplement au fait qu'il n'est pas à même de dominer les influences psychiques qui agissent sur le malade. Chaque médecin doit avoir fait l'expérience que son autorité médicale souffre plus ou moins par le contact journalier avec sa famille et ses proches parents, c'est à dire que, tout en étant convaincus de ses capacités et de son habilité, ceux-ci se trouvent portés dans des cas critiques à se fier plutôt aux conseils et au secours d'un autre médecin que de les demander à lui. Beaucoup de médecins préfèrent recourir aux bons services d'un confrère et de lui confier le traitement de leur femme et de leurs enfants, du moment qu'il s'agit chez ces êtres — qui lui sont chers — de quelque maladie grave ou d'une opération chirurgicale à faire. Ils agissent ainsi, d'abord peut-être de crainte que l'émotion pourrait les rendres incapables ou moins aptes à agir, mais encore parce qu'ils sentent très-bien qu'ils n'ont pas sur eux la même autorité qu'ils savent exercer sur leurs autres malades.

Eh bien! Le médecin de famille peut se trouver dans des circonstances semblables vis à vis des malades qu'il aurait traités déjà quelque temps sans succès notable. Il doit être difficile pour lui d'instituer un traitement psychique, surtout d'appliquer la suggestion hypnotique. Le malade pourrait avoir beaucoup de confiance en ses lumières et suivre ponctuellement ses prescriptions et en même temps ne pas avoir confiance en son aptitude à hypnotiser. Alors ses tenta-

tives ne mèneraient le plus souvent qu'à une désillusion de plus; il ne réussirait pas et le malade courrait le risque de perdre confiance en cette nouvelle médication.

Aussi, le praticien ordinaire étant au bout de ses ressources dans quelque cas d'état nerveux chronique alors qu'ayant épuisé tous ses moyens, ayant fait appel à toutes les médications ordinaires et résolu à soumettre son malade à la psychothérapie, devra-t-il se garder de mettre la chance de guérison sur une seule carte. Il fera bien de s'abstenir de se charger lui même de l'entreprise. Il fera acte d'abnégation et confiera son malade à un médecin plus expérimenté que lui en cette matière, au psychothérapeute de profession.

Examinons maintenant cette question: le traitement psychique peut-il avec avantage être conduit sans que le malade quitte son milieu ordinaire ou bien faut-il — sous peine d'échéc — le traiter dans une maison de santé? Cela me donnera en même temps l'occasion de discuter la brochure du Dr. J. Moebius: Ueber die Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenanstalten. „In der That, écrit-il, giebt es viele Nervenanstalten und sie sind fast immer gefüllt. Dass zeigt dass man sie braucht, und es ist auch anzuerkennen, dass sie einem Theile der vorhandenen Bedürfnisse entsprechen. Jedoch habe ich die Ueberzeugung, dass sie eigentlich das nicht leisten, was sie leisten sollen, und zwar in der Hauptsache um zwei Gründen. Sie sind zu theuer und sie bieten den Kranken keine Arbeit."

L'auteur a parfaitement raison et je suis de son avis. La majorité des malades n'est pas en état de se payer le luxe d'un séjour prolongé dans un sanatorium, ils n'y trouvent pas le travail qu'il leur faut, s'y ennuient et vivent continuellement dans un milieu de malades, de gens nerveux qui se racontent leur misères ce qui ne peut que leur être nuisible. Le malade nerveux doit, pour peu que ce soit possible, vivre dans un milieu de gens sains d'esprit et de corps.

Qu'on n'aille pas se figurer cependant que je veuille condamner d'un trait de plume le grand nombre d'établissements sanitaires certainement très-utiles et absolument indispensables pour certains cas graves qui ne sauraient être traités avec succès dans la famille du malade. Pour ces malades le séjour prolongé dans un tel établissement s'impose.

Mais que faudra-t-il faire avec les malades peu aisés qui ne peuvent pas se permettre les dépenses d'un tel traitement et avec les cas

moins graves, avec les personnes qui ne sont pas assez malades pour les faire entrer dans un sanatorium et qui pourtant ont essayés tout genre de traitement sans arriver à guérir. Il est évident qu'il faut tâcher de les soulager, qu'on ne peut pas les abondonner à leur sort.

„Was kann nun der Arzt thun?" se demande Moebius. Le but idéal, dit-il, difficile à atteindre par le médecin consisterait en la possibilité pour lui de savoir rêgler le travail du malade sur le même pied que s'applique de faire une bonne mère de famille dans un ménage en désordre. En ménageant les forces par ci, en les augmentant par là, en supprimant des travaux désavantageux ou nuisibles, en ajoutant des occupations utiles; on pourrait convertir, ainsi faisant, une possession grêvée de dettes en un bien rentable. Or, voilà une chose difficile à mettre en pratique. Le plus souvent le médecin se contente de donner quelques conseils au malade qui vient le consulter, à lui tracer en peu de mots une rêgle de conduite. Quelquefois ce mode de faire est efficace, mais il s'en faut de beaucoup que cela soit la rêgle. La plupart du temps voici ce qui arrive: le malade prend des vacances, il laisse là ses occupations et quitte sa résidence pour une couple de semaines pour aller en villégiature dans les montagnes, à la mer ou pour faire un séjour dans un sanatorium. Ce changement lui fait du bien et après son retour le malade a le bon esprit de ne pas retomber dans ses fautes antérieures, de continuer le régime prescrit, tout est pour le mieux. Mais si, au contraire, la santé continue à laisser à désirer après cette quinzaine, les difficultés se multiplient. Le malade n'est pas en état de reprendre son travail. S'il ne vaque pas à ses occupations, il ne peut pas non plus rester chez lui à moins d'encourir le risque d'être une charge pour sa famille. Souvent aussi les conditions de son milieu agissent mal sur lui.

Voyager de lieu en lieu n'est faisable que pour les maladies peu graves. Encore à ceux-ci même les voyages continuels font du tort et sont à la longue nuisibles. Le séjour dans un sanatorium ne peut faire du bien au malade que pendant un certain temps; si ce séjour est trop prolongé, l'isolement et l'ennui porteront forcément le patient à quitter l'établissement. Quant aux névropathes graves, ils doivent s'abstenir absolument de voyager, de fréquenter les places de bains, les sanatoria etc. C'est en effet une insanité que d'exposer un vrai malade à la vie oisive et bruyante des hotels, de le forcer à partager cette chasse insipide aux amusements que poursuivent les têtes vides et les oisifs, de le placer au milieu de ce monde idiot qui vit dans ces lieux. Voilà le

jugement de Moebius. Dans mon deuxième Compte-rendu, écrit en collaboration avec le docteur van Eeden (Psychothérapie, Paris 1894 Soc. d'édit. scientif. p. 160 et suiv.), j'ai étudié cette même question. Un nombre inouï de malades appartenant à cette grande classe de nerveux proprement dits, qui embrasse la neurasthénie, l'hystérie, l'hypocondrie, le nervosisme, trainent une vie misérable et font le désespoir de leurs parents. Aucun d'eux ne peut-être taxé d'être incurable, les phénomènes qu'ils présentent ne résultant que de troubles fonctionnels. Et pourtant un grand nombre de ces malheureux sont des véritables cruces medicorum. S'ils ne trouvent pas dans leur médecin, l'homme qui sait les guider, leur sort égale celui d'un vaisseau sans gouvernail voguant sur une mer houleuse. Ne trouvant pas leur compte dans les conseils du médecin ordinaire, ils s'en vont chercher ailleurs, passent d'une main à une autre, tâtent de toutes les médications, de tous les remèdes et finissent par tomber dans les bras de rebouteurs et de charlatans qui réussissent quelquefois — il faut l'avouer — à faire une belle cure dans ces cas abandonnés de la faculté.

Eh bien! pour ces abandonnés un traitement psychique systématique, dans le sens large du mot, constitue le seul remède efficace. Or pour bien appliquer ce traitement, il faut des établissements spéciaux, des instituts de psychothérapie, tels qu'il en existe déjà quelques uns dans les grands centres de l'Europe et de l'Amérique et dont le nombre ne tardera pas à augmenter du moment que les excellents résultats obtenus dans ces cliniques seront mieux connus du public médical et de celui des intéressés, notamment des malades.

Le psychothérapeute doit être pour ses malades nerveux ce qu'était jadis le médecin de famille pour sa clientèle, savoir l'ami, le confident, le guide moral. En effet son rôle ne se réduit pas simplement à examiner le malade qui se présente, à lui prescrire un régime convenable, à lui apprendre que les symptômes passeront, s'il suit aveuglément les prescriptions données ou de neutraliser au besoin quelque phénomène morbide par la suggestion! Le ministère du psychothérapeute a de plus hautes visées! Il comporte que le médecin devienne le bon intendant d'une administration embrouillée (ein guter Verwalter einer in Unordnung gerathenen Wirthschaft), comme dit Moebius. Les résultats excellents que j'ai su obtenir, grâce à une psychothérapie ainsi comprise, dans le cours des dernières années, dans une foule de cas très-graves, font ressortir la grande valeur de cette thérapie et prouvent à l'évidence que ce n'est pas aspirer à un

but idéal, impossible à atteindre, que de suivre cette ligne de conduite dans le traitement des névropathies. Le traitement de ce genre de malades, bien compris et bien conduit, donne au médecin à tout moment la sensation agréable d'être vraiment utile, de soulager, et au malade la satisfaction d'être compris, d'être écouté et de pouvoir s'appuyer sur un guide sur, éclairé et compatissant. Mais ce traitement exige de la part du médecin certaines qualités, dénué desquelles il n'aboutirait à rien, notamment une bonne humeur, un calme, une patience à toute épreuve et de la sympathie pour le malade; encore doit-il savoir disposer d'une somme de temps quelquefois considérable. Souvent j'ai entendu dire par des confrères: „on ne guérit pas l'hystérie, on ne guérit pas la neurasthénie“. Les symptômes de ces névroses peuvent pour un certain temps s'effacer et disparaître après une médication quelconque, un traitement actif, neutre ou imaginaire, mais aussitôt ils sont remplacés par d'autres ou bien les mêmes phénomènes morbides réapparaissent. Je leur réponds que si en effet on n'arrive pas à débarrasser de sa prédisposition nerveuse, le taré héréditaire, on réussit cependant parfaitement à neutraliser ses phénomènes hystériques et neurasthéniques et parfois si bien que l'on peut procurer à ces malades — grâce à un traitement psychique longtemps continué — un état de bien-être tellement voisin d'une santé parfaite que le malade d'abord et ses parents en second lieu ont l'illusion d'un rétablissement complet, illusion qui peut durer des mois et des années.

En effet si l'on sait restaurer l'équilibre des fonctions troublées et mettre en état une hystérique, un neurasthénique depuis longtemps malades et incapables de poursuivre leurs occupations, si l'on réussit par la simple thérapie psychique à les garder dans cet état de santé apparent pendant une série d'années, cela n'équivaut-il pas au succès du chirurgien qui par une opération faite à temps chez un carcinomateux rend la santé à ce malheureux et lui donne la chance d'en jouir un grands laps de temps encore? Chez le nerveux la diathèse subsiste, sur la tête du carcinomateux l'épée de Damocles reste également suspendue. Si l'on applaudit aux résultats du chirurgien, j'exige qu'on cesse de nous reprocher de ne pas faire des guérisons.

Examinons maintenant comment il faut appliquer le traitement psychique tel que je l'entends. J'utilise d'abord les premiers jours à bien étudier mon malade et ses antécédents. Je m'efforce à approfondir non seulement la nature des lésions organiques qui se présentent mais

aussi à scruter sa vie psychique et à étudier ses conditions sociales, son passé. Un de mes premiers soins consiste à prendre les mesures nécessaires pour le placer dans tel milieu qui me semble le plus propice à sa guérison. Ainsi je le tiens à l'abri d'influences nuisibles et contraires à mes suggestions. Ensuite je m'occupe de rêgler le travail (physique et intellectuel), le repos, la diète et les amusements du malade. Ce n'est qu'après avoir arrangé tout cela que je procède au traitement proprement dit. Si je le juge nécessaire et si le développement intellectuel du malade le permet, j'aime à lui expliquer autant que possible son état morbide; je m'applique à gagner sa confiance en lui faisant voir quelque malade guéri ou en voie de guérison — si possible d'un cas analogue ou ressemblant sous beaucoup de rapports au sien, en lui faisant le récit de quelques guérisons frappantes obtenues par la thérapie psychique, alors que d'autres médications appliquées auparavant avaient échouées. Je m'efforce surtout de lui faire sentir que je comprends son état, que je reconnais parfaitement qu'il est sérieusement malade et que ses souffrances sont réelles et non pas un simple jeu de son imagination. Il n'y a en effet rien qui irrite et chagrine tant le patient que d'être soupçonné de simulation, d'aggravation ou de se croire taxé d'être un malade imaginaire. Enfin, après tous ces préliminaires, le temps arrive — si je le juge nécessaire du moins — d'associer à cette médication suggestive générale, le traitement spécial de la suggestion. Dans la majorité des cas cette thérapie s'impose en effet. Je puis même difficilement m'imaginer un traitement psychique systématique sans le concours de la thérapie suggestive. On ne peut pas le plus souvent se passer de la suggestion. Soit donnée à l'état de veille, soit faite à l'état de sommeil, la suggestion constitue un moyen précieux qui nous permet de traduire et de reporter toujours de nouveau devant la mémoire du malade les prescriptions et les conseils médicaux et diététiques. Elle nous donne le moyen d'insister sur l'exercice systématique des muscles qui fonctionnent mal, en tant qu'elle nous met en état de faire concentrer l'attention du malade sur tel ou tel groupe de muscles, sur telle ou telle fonction, sur tel ou tel membre. Encore lorsqu'il s'agit de remonter le courage du patient, de lui prêcher la persévérance et la confiance en lui-même, on réussit mieux si on lui répète les recommandations à se bien tenir, à ne pas avoir peur, à s'appliquer, sous la forme d'une suggestion hypnotique, au lieu de s'en tenir à de simples exhortations à l'état de veille. Mais la plus grande puissance de la suggestion réside dans son pouvoir de produire l'analgésie, à neutraliser la douleur,

à résoudre les crampes, à rendre le mouvement aux membres paralysés, à rétablir la fonction du sommeil. Enfin elle nous est d'un aide puissant, alors qu'elle a déjà servi à mettre la guérison sur la bonne voie, à guérir même la fonction troublée, pour rendre au malade sa confiance en sa propre force et en sa propre volonté et à le convaincre enfin de sa guérison et du fait qu'il peut maintenant se passer parfaitement de l'aide du médecin. Il n'y a pas de meilleur correctif de la paralysie de la volonté que la suggestion.

Le docteur Moebius, dans sa brochure citée, émettant son avis sur la valeur de la suggestion thérapeutique ne se montre pas très-enthousiaste de ce mode de la thérapie psychique et l'application de la suggestion dans beaucoup de cas soulève même, chez lui, des scrupules de conscience. Comme il invite, dans l'avant-propos de son travail, les lecteurs qui s'intéressent à cette question et qui auraient des vues différentes à ce sujet de bien vouloir les lui dire, je saisis cette occasion pour lui exposer les miennes en tant qu'elles diffèrent avec celles qu'il défend. On me pardonnera cette citation un peu longue (conf. pag. 14—16 de la brochure): „Man spricht neuerdings viel von Suggestion. Das Wort ist neu, die Sache ist alt. Kurz kann man sagen, Suggestion bedeute, Jemanden zu etwas veranlassen, ohne dass er merkt wie und warum. Von einem Diplomaten z. B. nimmt man an, dass er die Leute durch kluge Worte zu Handlungen bewege, die sie auf direkter Aufforderung hin nicht ausführen würden. Es bedeutet also im Gegensatze zum geraden Wege die Suggestion den Weg hinten herum, nämlich hinten um das Wissen des der Suggestion Unterliegenden herum.

Je diffère ici en certain point avec M. Moebius. Sa comparaison de l'hypnotiseur au diplomate n'est pas heureuse. En effet l'hypnotiseur ne trompe pas le malade, n'emploie pas de voies détournées mais va au contraire droit au but. Si un malade souffrant de quelque douleur justiciable de la suggestion s'adresse à moi, c'est qu'il a confiance en mon pouvoir de guérir. Je l'avertis d'avance que je le guérirai sans médicament tangible, que je lui donnerai simplement une suggestion. Celle-ci se réalise si sa foi dans mon pouvoir de le guérir est suffisante. On approche au contraire et prête l'oreille au diplomate avec méfiance sachant que le suprême de son art consiste à se servir de belles paroles et à user de faux-fuyants pour cacher la vérité.

„Es giebt zwei Möglichkeiten; bei wachem Bewusstsein gehört Täuschung zur Suggestion, es kann aber auch das Bewusstsein ver-

dunkelt werden, denn es kommt nur darauf an, dass es den Weg zwischen der Suggestion und deren Wirkung nicht erblickt. Demgemäss unterscheiden wir Wachsuggestion und Schlafsuggestion. Zu den Wirkungen der Suggestion zählen wir nicht nur die eigentlichen Handlungen, sondern alles, was der Gedanke im Menschen bewirken kann. Die Wachsuggestion im ärztlichen Gebiete entspricht etwa der Heilung durch den Glauben. Es wird in den Kranken der Gedanke erweckt, dass irgend etwas sein Uebel beseitigen werde, und die Anwendung des Etwas führt scheinbar zur Heilung, während in Wahrheit der Glaube die Heilung bewirkt. Hierher gehören natürlich alle Wunderkuren, die Heilungen durch geweihte Gegenstände, durch Gebet, durch Sympathie, durch Homöopathie u. s. w. Hierher gehört aber auch ein sehr grosser Theil aller ärztlichen Erfolge. Da ist nun zweierlei möglich. Der Arzt weiss, dass es sich um Suggestion handelt, oder er weiss es nicht. Der zweite Fall tritt sehr oft ein: Der Arzt verordnet in gutem Glauben, der Kranke nimmt es in gutem Glauben auf und der Erfolg ist günstig, obwohl es nicht dem Verordneten, sondern dem Glauben zu danken ist. Wie oft das vorkommt, kann man gar nicht sagen, denn wir wissen in vielen Fällen wirklich nicht, wie der Erfolg zu Stande gekommen ist, und eine ganze Reihe der üblichen Heilverfahren erhält sich wahrscheinlich nur durch Suggestion. Auf jeden Fall liegt bei alledem keine absichtliche Täuschung vor." C'est vrai, dans ce dernier cas le médecin ne trompe pas son malade, mais ce qui est pire c'est qu'il se trompe lui-même et les conséquences de cette tromperie sont fâcheuses tant pour ses malades que pour lui. S'il ne comprend pas que c'est la suggestion qui a guéri dans un cas donné et non le médicament qu'il a servi au malade il attribuera à ce médicament des vertus qu'il ne possède pas et ne s'expliquera pas pourquoi l'application de ce même remède ne sort pas d'effet une autre fois quand il l'aura prescrit de nouveau pour combattre une récidive chez le premier malade ou bien quand il l'aura administré dans un cas analogue chez un autre.

„Anders ist es, wenn der Arzt weiss oder zu wissen glaubt, dass seine Verordnung an sich nichts leistet, dass sie erst durch des Kranken Glauben Kraft erlangt. Dann haben wir zwar eine fromme Täuschung, aber doch eine Täuschung vor uns, ein Umstand, der dem ehrlichen Arzte sehr peinlich sein muss."

Je trouve les scrupules de M. Moebius hors de saison, même tant soit peu puérils. Si nous trompons le malade en employant

consciemment la suggestion dont le mécanisme compliqué est encore loin de nous être connu, nous le trompons autant en lui administrant de la quinine. En effet nous ne savons pas non plus comment cet alcaloïde opère! Or je suis assuré que personne n'accusera un médecin de tromperie s'il guérit une fièvre paludaire par le sulfate de quinine! De même je suis assuré aussi que pas un médecin ne s'estimera trompeur par le seul fait qu'il prescrit la quinine contre la fièvre. Cependant, ni le malade, ni le médecin ne sont capables d'expliquer le modus quo de la guérison. Donc si l'on peut, sans scrupule aucun, prescrire la quinine, c. à. d. sans être taxé trompeur, on peut également, sans se charger la conscience, se servir de la suggestion dans un but thérapeutique. Dans les deux cas le malade attribue sa guérison à la médication instituée et il a parfaitement raison. Ni dans l'un, ni dans l'autre cas il ne peut juger de ce qui se passe dans l'organisme. L'action intime des deux remèdes lui échappe également.

Je prétends, au contraire, que le malade retirera plus d'avantages des soins d'un médecin qui connait à fond la suggestion, et qui sait l'appliquer et l'applique consciemment soit d'une manière directe soit cachée sous une médication quelconque, que des services d'un autre qui n'a aucune idée de ce mode de traitement psychique. Je prétends aussi que le médecin qui déclare ouvertement à son malade qu'il le traitera par la suggestion ne trompe pas son client et je pense que les guérisons ainsi obtenues par suggestion directe auront plus de chance de ne pas se démentir que celles acquises par suggestion indirecte (larvée) alors que le médecin ignore que le succès est du à la suggestion et se plait à croire qu'il la doit au médicament prescrit.

„Ehrlicher als die Wachsuggestion ist in gewissem Sinne die Schlafsuggestion. Es ist bekannt, dass man sehr viele Menschen durch Zureden und verschiedene Kunstgriffe in einen Zustand bringen kann, der in mancher Beziehung dem Schlafe ähnlich ist und deshalb hypnotischer Zustand genannt wird. In ihm hört wie im Schlafe die Kritik auf, in ihm glaubt man vieles, dass man im Wachen bestreiten würde, und lässt sich zu allerhand bewegen, dass man sonst nicht thun würde. Z. B. kann ein ängstlicher Mensch, der sich vor jedem Essen fürchtet, weil er sich selbst Magenschmerzen suggerirt hat, im hypnotischen Zustande dazu gebracht werden, von Allem reichlich zu essen und alles vortrefflich, ohne jeden Schmerz zu verdauen. Dazu kommt, dass die Gedanken, die dem Menschen im hypnotischen Zustande eingepflanzt werden, stärker, tiefer in das Körperliche hineinwirken und länger

haften, als die Gedanken des Wachen. Wir besitzen demnach in der Schlafsuggestion thatsächlich ein wirksames Heilmittel."

Je ne saisis pas bien pourquoi l'action de suggérer doit être considéré plus loyal de la part du médecin quand il s'adresse au dormeur, que quand il donne la suggestion à une personne éveillée. M. Moebius oublie que l'opérateur qui suggère en connaissance de cause c. à. d. connaissant son sujet se trouve exactement dans les mêmes conditions devant deux personnes également suggestibles, l'une se trouvant en état de suggestibilité à l'état de veille, l'autre en ce même état à l'état de sommeil. Dans l'un et dans l'autre cas le pouvoir d'exercer la critique est diminué ou aboli; il n'y a dans le dernier cas que le sommeil en plus qui du reste n'est qu'un phénomène de suggestion sur ajouté aux autres. Dans les deux cas les personnes sont hypnotisées ou en état de suggestibilité.

„Indessen darf man sich nicht zu viel versprechen. Das Gebiet der Schlafsuggestion ist wie die der Suggestion überhaupt begrenzt. Zunächst ist die Schlafsuggestion nicht bei Allen anwendbar. Der normale Mensch ist ziemlich leicht zu hypnotisiren und zwar um so leichter, je weniger er zu Kritik und Widerspruch geneigt ist. Unsere Nervenkranken dagegen leisten, mit oder ohne ihren Willen, oft einen fast unüberwindlichen Widerstand, hauptsächlich deshalb, weil sie voll von Eigen-Suggestionen stecken, weil sie ängstlich und aufgeregt sind durch thörichte Zeitungsnachrichten und Gevatter-Rathschläge. Ihre Behandlung mit Schlafsuggestion ist darum oft so schwierig und ermüdend, dass man sich nur im Nothfalle zu ihr entschliessen wird."

Le domaine de la suggestion est beaucoup plus étendu que ne se le figure M. Moebius. On ne peut pas endormir chaque personne, je l'avoue, mais on peut hypnotiser presque tout le monde. Seulement il faut distinguer et bien saisir qu'il existe une variation infinie de degrés de suggestibilité dépendant de l'impressionnabilité du sujet à la suggestion d'abord et de l'aptitude individuelle de l'opérateur à provoquer et à augmenter l'état de suggestibilité. Je constate avec plaisir que l'auteur partage l'avis de l'école de Nancy au sujet de la plus grande facilité avec laquelle on peut endormir l'homme normal c. à. d. non nerveux, non hystérique. Ce fait, sur lequel bientôt tous les médecins — qui auront étudié l'hypnotisme et appris la pratique et l'application de la suggestion thérapeutique — tomberont d'accord, implique que le domaine de la suggestion s'étend bien au delà des affections hystériques. En effet, quoique ne s'adressant pas à la lésion,

la suggestion restaurant le trouble fonctionnel peut faire la restauration organique. On peut donc se servir couramment de la suggestion dans la pratique ordinaire comme adjuvant du traitement général, en tant que l'état organique du malade le permet pour calmer la douleur, restaurer le sommeil, rendre l'appétit, augmenter la force motrice, rétablir la sensibilité et le mouvement perdus ou faussés, supprimer les spasmes, les crampes, l'angoisse nerveuse, régulariser les fonctions diverses etc. Mon expérience m'a appris que tel traitement suggestif vaut mieux que d'en rester à prescrire les agents thérapeutiques de la matière médicale qui n'ont pas plus que la suggestion une action spécifique contre la lésion. Il vaut cent fois mieux enlever une douleur, restaurer le sommeil par la suggestion directe que d'introduire dans l'organisme de l'antipyrine, de la morphine etc. qui soulagent passagèrement mais nourrissent souvent l'état morbide, qui ont du reste des inconvénients thérapeutiques trop bien connus pour que j'insiste là-dessus, alors que la suggestion qui nous permet de neutraliser une douleur, de provoquer le sommeil, nous met en même temps en état de dicter au malade que ses souffrances ne reviendront pas, qu'il continuera à bien dormir. Il est si facile d'écrire une recette, si facile de suivre l'ornière accoutumée, mais le malade n'y trouve pas toujours son compte. Ce qu'il faut, c'est apprendre à l'étudiant en médecine à faire la suggestion thérapeutique. Devenu médecin, il saura l'appliquer à l'occasion avec la même facilité qu'il mettrait à prescrire une formale magistrale.

Qu'il est beaucoup plus difficile généralement de traiter par la suggestion les malades nerveux proprement dits, je n'en disconviens pas. Du reste ces malades ont besoin d'un traitement psychique complet, souvent prolongé. Je ne m'étonne pas que M. Moebius, qui parait tenir à les traiter par le sommeil suggéré (Schlaf-Suggestion) et qui me semble ne pas suffisamment concevoir qu'on puisse dans la pluralité des cas et des plus sérieux arriver à la guérison grâce à la suggestion sans sommeil, je ne m'étonne pas, dis je, qu'il trouve un traitement de la sorte difficile et fatiguant (pour l'opérateur) et qu'il conseille de n'y avoir recours que dans la dernière nécessité seulement.

„Jede Form von Suggestion aber kann bei der Behandlung der Nervenkranken nur Hilfsmittel, nicht Hauptmittel sein. Die Suggestion kann sich nur gegen einzelne Uebel wenden, in der Hauptsache gegen solche, die durch Suggestion entstanden sind. Sie ist, kurz gesagt, angezeigt bei denen, die an Erinneruugen leiden. Ausserdem kann man fehlerhafte Gewohnheiten, wie einfache Stuhlverstopfung u. A.,

mit ihr bekämpfen, kann durch Schlafsuggestion eine Art Erziehung ausüben, indem man dem empfänglichen Gemüthe der Hypnotisirten die ärztlichen Rathschläge und Lebensregeln möglichst nachdrücklich einprägt.“

Si dans beaucoup de maladies nerveuses la suggestion ne peut remplir que le rôle d'adjuvant, dans la classe des névroses fonctionnelles: neurasthénie, hystérie etc. elle constitue au contraire, mariée aux autres modes de la psychothérapie, la médication par excellence.

Il me reste maintenant à dire quelques mots encore concernant ma méthode de donner la suggestion.

Au début de ma carrière de psychothérapeute je m'appliquai avant tout à plonger mes malades en sommeil profond, m'imaginant que dans cette condition seulement la suggestion thérapeutique serait surtout acceptée. Je ne savais pas alors, comme je le sais maintenant que la personne qui ne réalise pas la suggestion du sommeil peut souvent parfaitement réaliser les suggestions d'ordre différent. Bientôt cependant et surtout dès que j'eus à soigner beaucoup de neurasthéniques, dont plusieurs se montraient réfractaires au sommeil provoqué, j'ai compris que dans maint cas on peut parfaitement arriver à guérir par suggestion des troubles fonctionnels très-graves sans que le sujet entre en sommeil hypnotique.

Je continue cependant à endormir aussi profondément que possible les malades qui montrent de l'aptitude à dormir par suggestion, d'abord parce que j'ai observé que les sujets qui se montrent trés-sensibles au sommeil provoqué sont souvent aussi très-suggestibles sous d'autres rapports; puis parce que le sommeil suggéré constitue qua tale un remède excellent dans un grand nombre d'états morbides; parce que j'ai fait l'expérience que la guérison s'obtient en général beaucoup plus vite chez les dormeurs que chez les hypnotisés qui ne dorment pas; parce que la plupart des malades s'imaginent que la thérapie suggestive ne réussira chez eux que si l'on réussit à les mettre en sommeil; enfin parce que le sommeil provoqué n'est j'amais nuisible et ne peut que faire du bien. Toutefois si je remarque aux premières séances que le malade montre peu de disposition à entrer en sommeil, je me garde bien d'insister trop longtemps à vouloir l'endormir. Je passe outre et fait semblant d'être parfaitement indifférent à cet état de choses. Je me rejette alors absolument sur la valeur capitale de la suggestion, j'apprends au malade que je considère le sommeil provoqué comme un phénomène secondaire que j'apprécie beaucoup, il est vrai, s'il se présente, mais dont je puis parfaitement me passer, que ce n'est pas le sommeil qui le guérit mais

que ce sont mon influence personnelle, mes suggestions, l'observation du régime que je prescris, celle de mes conseils touchant le travail, les exercices, la récréation, le repos etc. qui le mèneront à la guérison. Le plus souvent le malade qui d'abord n'arrivait pas à dormir, finit après quelque temps par s'assoupir à mes séances de suggestion et quelquefois même à tomber en sommeil profond, à entrer en somnambulisme. Quelques uns cependant restent absolument réfractaires au sommeil et ce qui est à noter c'est que je compte parmi ces derniers quelques cas de guérisons frappantes. (Je me permettrai d'en relater quelques exemples ci-dessous.) Comme j'ai déjà observé précédemment, j'aime à traiter mes malades isolément et je n'admets à la séance, si je le juge nécessaire ou si le malade le souhaite, qu'une personne amie ou un membre de sa famille. Je ne me sers pour endormir que de la méthode simple et sure de Liébeault, de la suggestion verbale mariée ou non à des passes légères sur la tête, la figure, les membres. Je proscris absolument tous les autres moyens: miroir à l'alouette etc. convaincu que si le malade s'endort grâce à cette intervention il dormira tout aussi bien, pourvu qu'on sache s'y prendre, par la méthode de la persuasion orale. Je m'abstiens dans les séances de début de provoquer de la catalepsie et des mouvements automatiques, d'accord en cela avec le docteur O. Vogt, pour ne pas réveiller de nouveau l'attention du sujet. Je m'abstiens aussi en général de faire des expérimentations psychologiques sur mes malades, je ne les fais que dans les cas fort rares où ils m'y invitent eux-mêmes, parce que je n'ai en vue que le but thérapeutique et que je désapprouve de donner au malade, à moins que son état le demande, des suggestions qui ne concorderaient point avec les fonctions physiologiques.

Dans beaucoup de cas j'aime à donner à mes malades des séances prolongées, surtout aux bons dormeurs mais encore à ceux qui, quoique n'entrant qu'en sommeil léger ou en somnolence, éprouvent la sensation bien faisante de repos. Dans les cas où le sommeil comme tel constitue le remède désiré, je me sers du sommeil prolongé pendant une période de quelques jours jusqu'à quelques semaines ou bien je laisse dormir les malades en ma policlinique chaque jour pendant deux et jusqu'à huit heures consécutives.

Peur de la récidive d'une obsession guérie par la suggestion à l'état de veille.

M. G., capitaine de génie en congé, de l'armée des Indes Orientales Néerlandaises, homme de constitution robuste, se présente à ma consultation le 13 nov. 1894.

Homme très-laborieux, il emploie son congé à faire des études de chimie pratiques dans un laboratoire en ville. C'est là qu'il lie connaissance avec un docteur ès sciences qui fut un de mes malades. Ces deux messieurs devinrent bientôt amis et vinrent à ce faire leurs confidences. Le docteur nouvellement marié avait été obsédé dans le cours de ses fiançailles, avec des intermittences variables, de l'idée qu'il n'aimait pas sa fiancée. Cette obsession l'aurait certainement conduit à renoncer au mariage s'il n'avait pas eu l'heureuse idée de suivre mon traitement par la suggestion qui avait pleinement réussi.

Or, il se trouva que M. G. avait été fiancé jadis à Batavia, et qu'une même obsession l'avait porté à rompre l'union projetée, la veille même du mariage. A cette heure ci il projetait de nouveau de se marier. Il avait en effet des vues très-sérieuses sur une jeune dame, mais n'osait pas se déclarer de crainte que la même idée obsédante vienne l'assaillir.

Le docteur, apprenant cela, engagea alors sérieusement le capitaine à aller me trouver.

M. G. a 33 ans; il est né d'un père mélancolique; deux de ses oncles paternels se sont suicidés. Il n'a jamais été sérieusement malade, n'a pas fait d'excès alcooliques mais il reconnaît avoir été grand amateur du beau sexe. Cependant depuis trois ans, aprés avoir contracté une gonorrhée, il s'est beaucoup calmé sous ce rapport. Il ne voit encore que de temps en temps une femme. Sa potence virile est parfaite.

Il y a huit ans, le deuxième jour de ses fiançailles avec une charmante jeune fille qu'il aimait éperdument, l'idée lui vint tout d'un coup que sa fiancée lui était parfaitement indifférente, qu'il ne l'aimait pas. Cette idée l'obsédait deux jours de suite, puis disparut pour revenir quatre semaines plus tard. Alors l'obsession devint si impérieuse que la veille du mariage il pria sa fiancée de lui rendre sa parole. Le mariage n'eut pas lieu.

Depuis cet événement M. G. a eu deux fois encore l'intention de se marier, mais n'a pas osé faire sa demande de crainte qu'une répétition de l'obsession se présentasse.

Maintenant le cas se présente qu'il est de nouveau amoureux et qu'il veut absolument se marier; il est presque sûr que sa demande serait acceuillie avec faveur mais il n'ose pas s'aventurer à la faire craignant toujours une reprise de l'idée obsédante.

Voilà pourquoi M. G. vient me demander mon avis et si je pense que mon traitement pourrait le délivrer de sa crainte.

Avant de dire mon avis, je prie le capitaine de me donner quelques renseignements sur la dame qu'il a distinguée. Il m'apprends qu'elle est fille unique. bien éduquée, très-intelligente et qu'elle soigne depuis la mort de son père sa mère très-souffrante d'une affection nerveuse chronique. Ces renseignements donnés, je soumis le malade à un examen minutieux qui m'assura que sa santé quant au physique ne laissait rien à désirer. J'avisai alors le capitaine de se déclarer et surtout de ne rien cacher à sa dame concernant l'obsession dont jadis il avait eu à souffrir. Je donnai cet avis sous la forme d'une suggestion que je fis à l'état de veille.

Le malade me promit de suivre mes conseils à la lettre. Sur quoi je l'engageai de venir me trouver avec sa fiancée aussitôt après la demande en mariage, lui pro-

mettant d'expliquer à sa future femme l'état nerveux tout spécial dans lequel il se trouvait.

Le 6 janvier 1895 je reçus la lettre de fiançailles et quatre jours après la visite des fiancés. La future madame G., femme de coeur et de grande intelligence accepta avec grâce et reconnaissance mes instructions et mes conseils pour le cas que l'obsession dût se présenter de nouveau.

Je n'ai depuis plus revu M. G. ni sa dame mais les événements ont démontré que mon intervention a eu le succès espéré. En effet j'eus le plaisir de recevoir le 24 mars 1896 une lettre de faire part du mariage et le 13 février 1897 une autre m'annonçant la naissance de leur premier enfant.

Guérison d'une psychose par la suggestion à l'état de veille.

Madame H., a 31 ans, elle a l'air bien portant, même un embonpoint trop décidé pour son âge et les joues vermeilles, mais ses traits maussades et son attitude indifférente trahissent un état psychique ne corcordant guère avec cette santé apparente. Elle est mariée et c'est son mari qui la contraint à venir me voir. Invitée à prendre place, elle se laisse choir indolente et apathique sur la chaise que je lui offre. Nous comptons le 16 septembre 1895. J'apprends du mari que madame a été gravement malade de l'Influenza au mois de décembre 1894 et que depuis ce temps elle est tombé dans l'état d'esprit bizarre qu'elle présente maintenant. Excellente mère de famille, bonne ménagère, épouse exemplaire, femme enjouée, toujours de belle humeur avant sa maladie, Mme H. a totalement changé et est devenue d'une indifférence parfaite à l'égard de tous et de tout. Elle se sent et a l'air hébétée, se trouve incapable de vaquer à ses occupations, aussi néglige-t-elle son ménage, ses enfants, son mari, elle ne fait rien et ne prend part à rien. Elle se met au lit parce qu'on lui dit de ce coucher, elle ne se lèverait pas si on ne l'y contraignait pas. Elle dort, rêve à haute voix, mais dit ne pas se rappeler ses rêves. Elle mange ce qu'on lui donne, sans appétit, elle ne mangerait pas cependant si on ne l'y engageait ou ne l'y forçait. Elle réagit à toute contrainte par de la colère ou des pleurs. La période menstruelle est normale et n'exerce aucune influence sur l'état général. Les déjections alvines sont retardées. Si on lui demande comment elle se porte, elle répond le plus souvent qu'elle n'est pas elle, qu'elle est une autre personne. Cependant elle n'accuse pas de douleurs et se plaint tout ou plus de palpitations dans le dos et dans la région cardiaque.

Le médecin qui l'a traitée pour son Influenza n'arrivant pas à modifier l'état d'esprit de la malade, on en consulta un autre qui eut recours aux procédés hydrothérapeutiques, puis un autre qui envoya la malade à une maison de santé en province. Depuis trois semaines elle est retournée de cet établissement chez elle et a repris le traitement du premier médecin. Aucune des médications n'a su porter quelque changement dans son état. Sur le conseil d'un ami, le mari s'est décidé à amener sa femme chez moi pour me consulter. Non sans beaucoup de peine il a su se faire accompagner d'elle. Madame H. a déclaré qu'elle ne se soucisit pas le moins du monde d'être traitée plus longtemps, elle ne veut plus faire de l'hydrothérapie, ni être électrisée, ni droguée, ni rien, elle est assurée de ne pas pouvoir guérir.

Le mari m'informe que sa femme n'a jamais avant sa maladie montré des symptômes nerveux, qu'elle ne présente pas d'antécédents héréditaires, qu'elle est mère de deux beaux enfants bien portants dont elle raffolait avant sa maladie. Il pense pourtant que certain incident pourrait avoir été pour quelque chose dans l'éclosion du trouble psychique. Les parents de la malade vivaient séparés depuis quelques années et le père avait passé en Amérique laissant sa famille à l'abandon. La mère que mme H. affectionnait beaucoup est morte il y a trois ans. Or, tout à coup, le père est revenu à Amsterdam et sans prévenir personne a rendu visite à sa fille dans le cours de l'année précédente. Cette visite semblait au premier abord ne pas émotionner la malade et n'a pas été suivie d'autres, pourtant monsieur H. se trouve incliné à penser qu'elle a donné un choc moral fâcheux à sa femme dont l'effet ne se serait fait sentir que quelques mois après.

Pendant tout le temps que je me suis entretenu avec son mari, mme H., assise près de nous semblait ne pas écouter et paraissait indifférente au discours. L'entretien fini, je me tourne vers elle et prenant une de ses mains je lui adresse quelques paroles affectueuses et encourageantes. Je lui dis qu'elle peut se relever de cet état d'apathie, d'indolence, de cet indifférentisme, dans lequel elle se trouve si elle veut avoir confiance en moi; que mon traitement est des plus simples, qu'il n'exige de sa part rien d'impossible, que je ne la poursuivrai pas avec des drogues, qu'elle n'aura pas à être électrisée, ni douchée etc. Ma médication se bornera à observer certaines prescriptions diététiques et à venir me voir chaque jour à une même heure pour se reposer quelque temps et pour écouter mes suggestions pendant que j'applique ma main sur les parties du corps affectées de palpitations.

D'abord mme H. ne répond mot et semble ne pas m'avoir écouté. Cependant insistant sur une réponse elle finit par me dire d'une voix irritée qu'elle viendra parceque son mari l'exige, mais qu'elle est persuadée que je ne puis pas la guérir.

A l'instant même je lui donne sa première séance de suggestion et je commence son traitement, que j'ai continué depuis jusqu'au 30 novembre suivant. Tous les jours je donnai à la malade une séance d'une heure environ. Je me bornai à imposer quelques instants ma main sur la région du coeur et sur le dos pendant que je lui répétai toujours de nouveau que son indifférence et son impuissance à faire effort de volonté se perdraient complètement et qu'elle redeviendrait de nouveau la bonne ménagère, la femme aimante et l'excellente mère d'autre fois. Je lui prescris un régime et je réussis après quelques jours de traitement à la décider à faire, machinalement il est vrai, quelques légers travaux de ménage. Souvent la malade pleurait durant la séance. Elle ne fermait jamais les yeux, m'assurait chaque jour qu'elle ne dormait pas, ainsi que je ne pouvais pas agir sur elle, qu'elle ne guérirait pas. Toujours, à ma demande comment elle se trouvait, je recevais la réponse stéréotype „absolument comme hier". Bref elle me sembla l'indifférence personnifiée et je reçus l'impression que mes agissements et suggestions ne sortirent aucun effet. Cependant je lui recommandai de s'occuper de plus en plus de travaux de ménage, de veiller au raccommodage des habits des enfants, je l'engageai à habiller les petits, à les coucher, puis je lui ordonnai même de les embrasser le soir, quand même ce serait à contre-coeur etc. etc. D'abord elle exécutait, mal, à demi, ou refusait d'obeïr à mes ordres, mais peu à peu j'appris qu'elles les suivait à la lettre. Jamais

je ne donnai d'ordre formel, toujours je suggérai avec douceur mais avec insistance et je sus vaincre son aversion au travail, je lui persuadai que la force de vouloir revenait et que tout ce qu'elle faisait machinalement maintenant elle ne tarderait pas à le faire bientôt de bonne volonté, avec plaisir. Il faut dire que je possédai dans les personnes du mari et de la belle-soeur de mme H. des aides des plus précieux. Ils me servirent pour ainsi dire de compère, rappelèrent mes suggestions à la malade, la louèrent quand elle réalisait quelque ordre et la remettaient sur la bonne voie si elle perdait courage et menaçait de retomber dans l'indolence.

Je m'aperçus après quelque temps que ma malade se montra plus soignée dans sa toilette. Monsieur H. m'apprit qu'elle commença à montrer aussi quelque affection pour ses fillettes et que l'indifférence pour tout tendait à se dissiper peu à peu. Dans le cours de quelques semaines un changement pour le mieux s'opéra graduellement et la guérison s'accomplit.

On serait porté à croire tout naturellement que de fur et en mesure que l'amélioration dans son état s'opérait, la malade aurait changé aussi son attitude à mon l'égard. Rien n'est pourtant moins vrai. Si monsieur H. ne m'avait pas tenu au courant des changements successifs qui se produisirent dans l'état psychique de sa dame, je ne l'aurais pas même pu deviner. En effet elle a continué à me montrer jusqu'à la fin un visage mécontent, maussade et indifférent et à prétendre qu'elle faisait tout ce qu'elle faisait tout bonnement par devoir mais absolument à contre-coeur.

Ce n'est que l'avant-dernier jour du traitement, ainsi sur le point de me devoir faire ses adieux qu'elle brisa la glace: elle fondit en larmes et me prenant les mains me remercia en termes touchants et pleins de reconnaissance pour tout le bien que je lui avais fait, elle reconnut se trouver changée complètement, être redevenue elle-même. Durant les dernières semaines, me confessa-t-elle, elle s'était trouvée retenue par une sensation de fausse honte pour me dire qu'elle se sentait mieux, ne comprenant pas qu'une guérison par la suggestion pût s'opérer alors que la malade ne dormait pas durant les séances.

La guérison ne s'est pas démentie. Il y aura bientôt deux ans que madame H. est délivrée de son trouble psychique.

Symptômes neurasthéniques graves. Guérison obtenue par la psychothérapie.

Dans la seconde moitié du mois d'avril 1896, un de mes confrères, médecin dans une petite ville voisine d'Amsterdam m'écrivit pour savoir si mon avis un traitement par la suggestion se trouvait indiqué chez une de ses malades.

Il s'agissait d'une demoiselle de vingt et un ans affectée depuis le mois d'octobre 1895 d'accidents nerveux d'ordre neurasthénique et dont la guérison se faisait attendre. Il avait soigné la malade de concert avec un professeur de clinique interne d'Amsterdam. On avait proscrit tout travail intellectuel: études, lectures, on avait commandé le repos prolongé au lit, on avait permis des petites promenades au grand air, et on avait insisté surtout sur une forte alimentation. Grâce à ce régime la malade avait gagné en forces, la fatigue musculaire avait disparue et les principales fonctions du corps étaient redevenues normales. Toutefois elle continuait à souffrir d'insomnie, de frayeurs nocturnes et d'incapacité absolue à faire quelque travail intellectuel. Il lui était impossible de lire deux ou trois mots d'écriture de

suite. Aussitôt qu'elle l'essayait le sang lui montait à la tête, les caractères s'embrouillaient, un nuage lui passait devant les yeux et l'essai fut suivi aussitôt de mal de tête, de fatigue cérébrale et d'une sensation d'anxiété affreuse. Une dernière consultation avait eu lieu et avait amené le professeur à conseiller aux parents de la jeune fille de lui faire abandonner pour de bon ses études à l'université. Encore avait-il avisé de la soumettre à un traitement spécial dans un établissement d'hydrothérapie.

Je répondis au confrère qu'avant de me prononcer je désirais d'abord faire connaissance de sa malade. Le surlendemain la demoiselle en question se présenta à ma consultation.

Mlle C. a toutes les apparences d'une santé robuste. Elle a des antécédents héréditaires: père nerveux et colérique, mère hystérique présentant de temps à autre des grands crises, un frère et une soeur nerveux. Entrée au lycée d'Amsterdam à l'âge de treize ans, elle a fait ses humanités et a été admise et inscrite au mois d'octobre 1893 comme étudiant dans la faculté des lettres à l'université de la même ville. Jusqu'à ce temps là elle n'avait jamais été sérieusement malade et n'avait jamais non plus éprouvé la moindre fatigue cérébrale ni quelque difficulté à suivre les études.

Elle commença à suivre les cours de la faculté mais éprouva à son grand regret dès les premiers jours quelque difficulté aux nouvelles études, elle se sentit inquiète, tant soit peu dépaysée, mal à son aise, isolée, étant la seule jeune personne dans un milieu de jeunes gens (étudiants). Cette inquiétude s'accrût toujours plus et passa à l'état de frayeur. La malade vint à ne plus oser visiter les cours. De l'insomnie, de l'inappétence s'ajoutèrent et bientôt tout le cortège de symptômes de neurasthénie générale fut au grand complet.

Après que j'eus fini mon examen que j'instituai après avoir écouté l'histoire de sa maladie, mlle C. me demande, les larmes aux yeux, si vraiment je pensais que jamais plus elle ne pourrait reprendre ses études? Cette idée lui était insupportable! Je répondis à sa question en lui posant cette autre: „Pourriez-vous, mademoiselle mettre une confiance absolue en moi?“ — „Oui,“ fit-elle. „Eh bien,“ poursuivis-je, „s'il en est ainsi, je vous assure que d'ici à quelque temps vous serez parfaitement guérie et absolument capable de poursuivre vos études à l'université!“ Cette suggestion, donnée par moi d'un ton très-décidé, impressionna tellement la jeune fille qu'elle pleura de joie et me pria de commencer à l'instant même la cure. Je lui prescris alors un régime et la priai de venir me voir trois fois par semaine pour une séance de suggestion.

La première séance eut lieu le 1 mai suivant. Comme la malade se montra peu sensible à la suggestion de sommeil, je n'y insistai pas et me contentai de lui donner à l'état de veille quelques suggestions calmantes. Je la laissai couchée environ une heure ruminant mes paroles et mes conseils.

Mes suggestions opérèrent à merveille, le sommeil de la nuit se rêgla, la malade reprit confiance. Après la troisième séance je lui donnai en mains un journal et l'engageai à lire deux lignes, ce qu'elle put faire à son grand ébahissement sans difficulté et sans que cet exercice fut suivi de congestion ni de mal de tête. Dès ce jour j'inaugurai un exercice de lecture à haute voix graduellement progressif d'abord en ma présence, puis chez elle; j'ajoutai ensuite des études de grammaire française, allemande, anglaise; enfin, toujours gagnant du terrain, je

lui ai donné à traduire en hollandais le roman de E. de Goncourt „Les frères Zemgano“. Elle a fait ce travail d'une manière tout à fait irréprochable et l'a fini dans le cours de six mois.

Dès lors la cause était gagnée. A la fin du mois d'octobre mlle C. a pu reprendre ses études à l'université. Pendant quelque temps encore j'ai continué à lui donner mon appui moral. Graduellement j'ai pu le lui retirer. Le 16 décembre 1897 elle a passé cum laude son examen de bachelier ès lettres et continue depuis ses études avec le meilleur succès. Sa santé, à cette heure, ne laisse absolument rien à désirer sous quelque rapport que je soit.

Neurasthénie génitale grave. Guérison.

Le malade dont il s'agit est un jeune homme de vingt-quatre ans, très-intelligent. Son père, très-âgé déjà, présente des accès périodiques d'asthme nerveux et sa mère souffre d'une affection chronique douloureuse de l'estomac. Un de ses frères a des accès de somnambulisme spontané. Une soeur est anémique et néphrétique. Le frère cadet, âgé de huit ans, a présenté pendant deux ans de suite des accès de convulsions. Le malade n'a jamais été aux prises avec la vraie misère; cependant depuis son jeune âge il ne se rappelle pas que ses parents aient été exempts de soucis d'argent. Il a fait de bonnes études à l'école moyenne et montrant du goût pour les beaux-arts il a suivi les cours de l'académie de dessin et obtenu un diplome de professeur d'école moyenne pour le dessin et la perspective. Sa santé a toujours été déplorable. Très-jeune il a eu la rougeole et depuis est resté débile et anémique. Depuis l'âge de quatorze jusqu'à celui de dix-huit ans il s'est livré avec excès à la masturbation. Depuis ce temps il s'adonne moins à cet abus mais jusqu'à maintenant il n'en est pas exempt. Dans le cours des deux dernières années des pollutions nocturnes se présentent fréquemment. Lorsque la première pollution spontanée se montra, le malade en éprouva une telle frayeur qu'il faillit se trouver mal, il fut pris de vertiges, de tintements d'oreilles, de fourmillements dans les bouts des doigts. L'angoisse le chassa hors du lit. Voulant essayer de chasser les idées noires qui l'assaillirent il alluma une bougie et prit un livre mais n'arriva pas à lire un mot, les lettres dansant devant ses yeux et ne pouvant pas concentrer son attention sur la lecture. Il se regarda dans le miroir et fut frappé de sa paleur extrême qui redoubla son anxiété. Ces symptômes continuèrent à le torturer deux jours de suite, enfin dans la soirée du deuxième jour des palpitations de coeur s'ajoutèrent et mirent le comble à l'état d'angoisse du malade qui tout à coup perdit conscience. A quelque temps de là il se réveillait dans une autre chambre. Amnésie complète. Il apprit plus tard de sa mère qu'on l'avait trouvé par terre inconscient, les yeux grand-ouverts fixant le vide et les membres convulsionnés. On était accouru sur le bruit du cri rauque qu'il aurait poussé. Il s'était mordu la langue et avait lâché ses urines. Depuis, un tel accès ne s'est plus présenté, mais souvent la crainte d'une répétition le hante lorsqu'il sent le vertige en baissant la tête ou si des palpitations de coeur se produisent.

Il y a trois mois, son médecin l'a envoyé en province dans un sanatorium pour être traité pour un état de mélancolie et des habitudes de masturbation. Les soins qu'on lui donna se réduisaient principalement à une bonne nourriture, à l'exercice au grand air, à l'application quatre fois par jour de douches d'eau froide, à la prescription

du bromure de camphre et de l'hydrate de chloral pour la nuit. Depuis quinze jours il est revenu et se sent aussi misérable qu'avant. Sous ces conditions il a recours à moi et vient me prier de le guérir s'il en est temps encore.

État présent: 14 juillet 1895.

Le malade est pale, anémique, amaigri, a les yeux cerclés. Sa toilette est négligée, son agitation extrême. D'une manière décousue il me donne les renseignements que je viens de noter. Depuis qu'il a fait la lecture d'un livre populaire sur l'hygiène sexuelle il se croit absolument confisqué, ne dort presque pas la nuit, son sommeil est agité, hanté de rêves tantôt érotiques et suivis de pollutions, tantôt terrifiants. Il m'assure ne pas avoir masturbé depuis une semaine. Palpitations de coeur presque incessantes, angoisse précordiale. Pensées de suicide. Lourdeur au front. Appétit capricieux, tantôt il dévore tout, tantôt rien ne peut passer. Des accès de pleurs fréquents. De la constipation alvine. Il passe souvent trois jours sans aller à la garde-robe. La miction est quelque peu douloureuse, l'émission séminale aussi est accompagnée de douleurs. Rhachialgie alternant avec de la céphalalgie. Vertiges. Il craint à chaque instant le retour d'un autre accès d'épilepsie.

Je réussis sans beaucoup de peine, lorsque j'eus fini d'examiner avec soin le pauvre jeune homme, à le calmer, lui prescrivis un régime simple avec exclusion de tout médicament et l'engageai à venir me voir chaque jour à une même heure pour me rendre compte de sa journée, de ses sensations, de ses travaux etc., après quoi je lui donnai une séance de suggestion à l'état de veille, le sommeil ne voulant pas venir, séance que je répétai chaque jour.

L'effet de ce traitement a été merveilleux. Au bout de quatre à cinq semaines l'état de dépression, l'angoisse avaient disparus, le malade passait de bonnes nuits, plus de lourdeur au front, plus de céphalalgie, la rhachialgie, la myasthénie disparues également. Appétit normal, selles régulières. Le malade pouvait travailler régulièrement six heures par jour. Les habitudes de masturbation se perdirent tout à fait, les pollutions nocturnes se firent de plus en plus rares. Dès la cinquième semaine du traitement j'espaçai les séances et au bout de trois mois le malade put se considérer guéri. L'amélioration coïncida heureusement avec la nomination du malade au poste de professeur de dessin à une institution dans une ville voisine. J'ai eu le plaisir de revoir de temps en temps ce jeune homme qui a continué à se porter à merveille. Dernièrement (avril 1897) il me fit part de son projet de mariage.

Résumant mon travail, je viens aux conclusions suivantes:

Depuis le jour seulement que la valeur immense et le pouvoir si étendu de la suggestion ont été reconnus, la psychothérapie a pu être introduite comme méthode régulière de traitement en médecine.

L'honneur d'avoir indroduit la suggestion verbale comme élément principal et systématiquement dans le traitement des malades se trouvant mis en état de suggestibilité revient au docteur A. A. *Liébeault*.

Son innovation a doté la thérapie d'une arme nouvelle, appelée à révolutionner la médecine.

La thérapie suggestive est une des méthodes diverses de la psychothérapie.

Un traitement psychique pour être complet, réclame le concours de la suggestion directe ou indirecte.

On s'est servi de tous temps de la psychothérapie. Les grands praticiens, renommés pour leurs belles cures, sont tous des médecins qui ont saisi la valeur de la thérapie psychique et qui ont su l'appliquer sur leurs malades.

Tout médecin doit connaître les éléments de la psychothérapie, doit savoir manier la suggestion et posséder les connaissances psychologiques, psychiatriques et névrologiques nécessaires et requises pour savoir appliquer ces méthodes sur ses malades. Cependant, les cas chroniques rebelles, compliqués, demandant une trop grande dépense de temps et la possession d'une expérience spéciale dans l'art de manier la suggestion, réclameront toujours le ministère du psychothérapeute de profession.

La psychothérapie trouve ses indications dans tous les cas de maladie. Elle est plus spécialement indiquée dans les troubles nerveux fonctionnels.

Le sommeil hypnotique est un sommeil provoqué par la suggestion; il constitue un remède des plus salutaires en dehors de toute autre suggestion. La provocation de ce sommeil et le traitement hypnotique, du moment qu'ils sont confiés à un médecin expert, ne peuvent jamais nuire au malade.

La suggestion exerce son influence sur toute personne se trouvant en état de suggestibilité soit que le malade dorme, parait dormir ou bien se montre éveillé.

Les personnes réfractaires à la suggestion de sommeil sont quelquefois parfaitement suggestibles sous d'autres rapports. Aussi arrive-t-on souvent à les débarrasser par la suggestion à l'état de veille, de phénomènes graves et tenaces qui se sont montrés rebelles à d'autres médications.

Ueber die Beziehungen zwischen körperlichen und seelischen Vorgängen.

Von

Oswald Külpe in Würzburg.

Seitdem Descartes Geist und Körper als zwei verschiedene Substanzen auffasste und doch zugleich auf Grund der Erfahrung eine Wechselwirkung zwischen ihnen behauptete, ist der Dualismus, weil er mit dem Namen dieses Philosophen auf das engste verknüpft wurde, geradezu in Verruf gekommen. Dagegen erfreute sich die Annahme Spinoza's, welche die empirische Verschiedenheit der psychischen und der physischen Vorgänge mit der metaphysischen Einheit einer sie beide tragenden Substanz verband, einer grösseren Anerkennung. Die duplicistische Formel von den 2 Seiten eines und desselben Wesens und die Identitätslehre, welche dem scheinbaren Gegensatz von Körper und Seele die reale Identität beider gegenüberstellt, sind der Idee nach nur Ableger des Spinozismus. Daneben erhielt sich noch der Materialismus in den Kreisen der Naturforscher und der Spiritualismus in denen der Philosophen. Der Dualismus aber fand bis vor Kurzem nur eine ganz vereinzelte bescheidene Vertretung bei diesem oder jenem Schriftsteller, und mit dem Schlagwort vom Influxus physicus oder mit der Aufzeigung des Widerspruches, in den Descartes selbst gerathen war, wurde alsbald in einer für die meisten befriedigenden Weise eine jede dualistische Verirrung abgethan.

Seit wenigen Jahren hat sich in diesen Verhältnissen eine merkwürdige Aenderung vollzogen: Der Dualismus erhebt wieder sein Haupt, beginnt sich nach allen Richtungen hin zu rehabilitiren und beansprucht nicht nur das gleiche Recht mit den anderen Theorien,

sondern erkühnt sich sogar als die einwandfreieste, natürlichste und wahrscheinlichste Anschauung gelten zu wollen. Zur Orientirung über die dadurch geschaffene Sachlage und zur Klärung des von neuem entfachten Widerstreites der Meinungen sollen die folgenden Zeilen den Lesern dieser Zeitschrift, die ein besonderes Interesse daran zu nehmen berechtigt sind, dienen. Ich fühle mich dazu schon aus dem Grunde veranlasst, weil ich selbst zu denen gehöre, die das alte Vorurtheil gegen den Dualismus haben beseitigen helfen. [1]) Eine Hauptrolle in dieser neuesten Phase der Lehre von den „psychophysischen Beziehungen“ [2]) hat der Begriff der Causalität gespielt, und wir beginnen daher zunächst mit einer Erörterung desselben, soweit er für unsere Frage in Betracht kommt.

I.

Der Begriff der Causalität und seine Anwendung auf die psychophysischen Beziehungen.

Descartes und Spinoza theilten mit der Scholastik die Ansicht, dass jede Wirkung dem Vermöge nach in ihrer Ursache enthalten sei. „Woher anders,“ fragt Descartes, „kann denn die Wirkung ihren realen Inhalt nehmen, als von der Ursache?“ Die Ursache kann mehr enthalten als die Wirkung, eine causa eminens sein, oder sie kann dasselbe wie diese in sich tragen, als causa formalis, aber sie kann niemals einen geringeren Inhalt haben. [3]) Spinoza erklärt, dass diejenigen Dinge, welche nichts unter sich gemein haben, auch nicht einander verursachen können, und beweist diesen Satz unter Heranziehung des Axioms, dass nichts durch einander begriffen werden kann, was nichts miteinander gemein hat, und des anderen Axioms, dass der Begriff der Wirkung von dem der Ursache abhängt und ihn einschliesst. [4]) Nach beiden Philosophen kann somit eine causale Beziehung zwischen gänzlich oder wesentlich verschiedenen Erscheinungen nicht stattfinden. Trotzdem besteht nach Descartes ein inniger Zusammenhang zwischen Geist und Körper, zwei wesenhaft verschiedenen Dingen, und lässt

[1]) Einleitung in die Philosophie, 1895, § 18. Den Standpunkt, den ich hier vertreten habe, kann ich im Folgenden ausführlicher darlegen und begründen.

[2]) Dieser Name soll ein kurzer Ausdruck für die Beziehungen zwischen den psychischen und physischen Vorgängen sein.

[3]) Descartes' Hauptschriften zur Grundlegung seiner Philosophie. Uebers. von Kuno Fischer, 1868, S. 97ff.

[4]) Ethices pars I. propos. III. u. Axiom. IV, V.

sich eine wechselseitige, causale Beeinflussung des einen durch das andere nicht bezweifeln, da sichere und einleuchtende Erfahrungen sie uns täglich lehren.[1]) Diesen offenkundigen Widerspruch in dem System der cartesianischen Welterklärung suchten die Occasionalisten später dadurch zu beseitigen, dass sie die schon von Descartes selbst wenigstens angedeutete Annahme der Mitwirkung Gottes bei den Wechselbeziehungen zwischen Seele und Körper ausbildeten, natürlich ohne den Schwierigkeiten damit von Grund aus abhelfen zu können.

Unabhängig von dem Problem der psychophysischen Beziehungen entwickelte sich nachher eine neue allgemeine Theorie der Causalität, insbesondere durch die scharfsinnigen Erörterungen von Hume und Kant. Während die ältere Lehre die Gleichartigkeit von Ursache und Wirkung betonte, hebt Hume im Gegensatz dazu ihre Verschiedenheit hervor. Nach ihm muss „beliebiges die Ursache oder Wirkung von beliebigem sein können." Das einzige Kriterium für die Annahme einer causalen Verknüpfung ist die regelmässige, durch keinen Ausnahmefall zweifelhaft gewordene Succession zweier Erscheinungen, während der Gedanke der Nothwendigkeit einer solchen Beziehung in dem Zwange der Gewohnheit seine Wurzel hat, welcher Vorstellungen an einander kettet, die in solcher Regelmässigkeit aufeinander gefolgt sind. Und Hume schliesst daraus, dass körperliche Bewegung auch die Ursache unserer Gedanken und Perceptionen sein kann, ja dass sie es thatsächlich ist.[2]) Aehnlich bestimmt Kant: „in der Verknüpfung der Ursache und Wirkung kann zwar auch Gleichartigkeit angetroffen werden, aber sie ist nicht nothwendig; denn der Begriff der Causalität (vermittelst dessen etwas durch etwas ganz davon verschiedenes gesetzt wird) erfordert sie wenigstens nicht."[3]) Nach Kant ist das einzige Anzeichen einer causalen Verbindung in der Erfahrung die Succession in der Zeit, während die Nothwendigkeit und Allgemeingültigkeit darauf beruhen, dass die Causalität ein Stammbegriff des Verstandes ist.

Man hätte meinen sollen, dass mit dieser Umwandlung in der Auffassung der Begriffe Ursache und Wirkung auch der Widerspruch

---

[1]) Vgl. Kayserling: Die Idee der Causalität in den Lehren der Occasionalisten, 1896, S. 14f.

[2]) Hume's Tractat über die menschliche Natur I. Uebers. von Köttgen und Lipps, 1895, S. 322, 324.

[3]) Prolegomena zu einer jeden künftigen Methaphysik. Ausg. Reclam, S. 128 (§ 53). Vgl. Kritik der reinen Vernunft. Ausg. Reclam, S. 427.

hätte weggeräumt sein müssen, der der Behauptung einer Wechselwirkung zwischen Seele und Körper bei Descartes vermöge des von ihm festgehaltenen scholastischen Causalbegriffs, den bereits Galilei und Gassendi nicht mehr theilten, anhaftet. Trotzdem hört man noch heute zur Widerlegung des Dualismus die alte Vorstellung von der Causalität verwenden, nach der sie die Gleichartigkeit von Ursache und Wirkung voraussetzt. Und dabei hat man die Grundlagen dieser Voraussetzung längst und mit Recht fallen lassen, nämlich die Meinung, dass es sich mit den Gliedern einer ursächlichen Verknüpfung ebenso verhalte wie mit zwei Begriffen, die auseinander hervorgehen oder folgen. Offenbar ist diese ontologische Gleichsetzung der logischen Abhängigkeit zweier Begriffe von einander und der Beziehung zwischen Ursache und Wirkung der eine Grund dafür, dass die für jene zweifellos bestehende Gleichartigkeit auch bei dieser statuirt wurde. Das Vorbild des Schlusses hat die Philosophie der Rationalisten Descartes und Spinoza, wie man auch sonst weiss, lebhaft beeinflusst. Man fasste die Wirkung ähnlich auf wie eine Conclusion, die nur da nothwendig erscheint, wo die Voraussetzung die Folgerung bereits potentiell enthält. Der Gedanke einer realen Abhängigkeit neben der logischen mit eigenthümlichen Merkmalen und Kriterien hat sich erst später Bahn zu brechen vermocht. Man kann daher in der Hervorhebung einer Gleichartigkeit bei den durch die Namen Ursache und Wirkung bezeichneten Processen den Rückfall in eine alte Denkgewohnheit erblicken, der um so auffallender ist, als es auch in unserem Jahrhundert wenigstens einen bedeutenden Vertreter eines empirischen Dualismus gegeben hat, der sich ausdrücklich zu der neuen, durch Hume und Kant begründeten Causalitätstheorie bekannte, nämlich Lotze. Schon in seinem berühmt gewordenen Aufsatz „über Leben und Lebenskraft“ redet er von der Forderung, dass die Erfolge, „die einmal zu gewissen Bedingungen gehören, sich den Veränderungen dieser Bedingungen in irgend einer Weise proportional verändern;“ es werde jedoch keineswegs verlangt, „dass ihre Qualität an und für sich der Qualität der Bedingungen gleich oder ähnlich sei, oder sich auch nur aus ihnen entwickeln lasse.“ [1])

Allerdings wurzelt der Versuch, eine jede causale Beziehung durch das Merkmal der Gleichartigkeit der in ihr verbundenen Glieder zu

[1]) Kleine Schriften I, 1885, S. 144. Vgl. Grundzüge der Psychologie. Dictate aus den Vorlesungen, 1881, S. 60 f.

characterisiren, nicht nur in der rationalistischen Verwechselung des Wirklichen mit dem Gedachten, der realen Vorgänge mit den Begriffen und ihren Verhältnissen, sondern auch in gewissen Vorstellungen einer populären Metaphysik. Wir glauben einem Gegenstande, der sich uns als Ursache darstellt, eine besondere Kraft zur Erzeugung, zur Hervorbringung der Wirkung zuschreiben zu müssen. Wir meinen bei dem Ereigniss einer Verursachung ein schöpferisches Vermögen statuiren zu sollen, aus dem als ein selbstverständliches Product hervorgegangen die Wirkung sich denken liesse. Offenbar kann aber eine Ursache, die mit solcher Neues erzeugenden Kraft ausgerüstet wäre, nur das aus sich entstehen lassen, was schon irgendwie der Anlage, dem Keime nach in ihr selbst enthalten ist. Und so kommt man auch von diesem Gesichtspunkt aus zu der Annahme einer Gleichartigkeit oder wenigstens Aehnlichkeit von Ursache und Wirkung. Wie das Kind den Eltern, denen es sein Dasein verdankt, gleicht, wie wir Lichteffecte auf Leuchtendes, Erwärmung auf Warmes zurückzuführen geneigt sind, so, behauptet man, müsse in jedem Falle eine Wirkung ihre Abhängigkeit von etwas anderem dadurch erweisen, dass sie mit ihm wesentlich übereinstimme. Wie sollte aus einer Erscheinung etwas von ihr gänzlich oder auch nur der Hauptsache nach Verschiedenes entstehen können?

Aber diese Vorstellung einer weit verbreiteten populären Metaphysik hat sich — wie so manche andere derselben Herkunft — in der wissenschaftlichen Betrachtung der Welt kein Daseinsrecht erworben. Wie die Naturwissenschaft schon vor Jahrhunderten mit ihrem Princip der Subjectivität der Sinnesqualitäten die populäre Auffassung, dass die Dinge ausser uns farbig oder kalt oder tönend u. s. f. seien, auf dem Gebiete des wissenschaftlichen Denkens beseitigte, so hat sie auch durch ihre Principien der Erhaltung der Materie und der Energie jene eben characterisirte populäre Anschauung von der causalen Beziehung, der Verursachung, dem Bewirken innerhalb einer consequenten Weltbetrachtung unmöglich gemacht. Denn nach diesen Principien kann überhaupt nichts Neues, sei es nun etwas Stoffliches, sei es eine Energie, entstehen, sondern alle Veränderungen, die wir beobachten, sind lediglich Transformationen, die Verbindung vorher getrennter Theile mit einander oder die Trennung vorher verbundener Theile, der Uebergang einer mechanischen Energie in eine thermische oder umgekehrt u. dgl. m. Weder kann aus blossen Keimen eine voll entwickelte Frucht ohne Weiteres entspringen, noch trägt ein ver-

ursachender Factor eine unfassbare Leistungsfähigkeit in sich, durch die es ihm gelingt ein ihm ähnliches Neues zu produciren, sondern nur die Formen des Zusammenhangs ändern sich in der Welt.

Unabhängig von diesen naturwissenschaftlichen Bestimmungen, deren Tragweite verschieden beurtheilt worden ist und geschätzt werden kann, haben auch Philosophen diese Stütze der Annahme einer Gleichartigkeit von Ursache und Wirkung bereits zerstört, indem sie darauf hinwiesen, dass wir von eigenthümlichen Kräften in den als Ursachen fungirenden Erscheinungen ebensowenig, wie von dem eigentlichen Mechanismus des Wirkens selbst irgend eine Anschauung oder Kenntniss zu gewinnen vermögen. Insbesondere hat Hume in einer der glänzendsten Partien seines philosophischen Hauptwerks [1]) gezeigt, dass uns die Erfahrung auch nicht das Geringste über die Kraft und Wirksamkeit der Ursachen lehre und dass daher auch die Nothwendigkeit in der Verknüpfung der Glieder eines Causalnexus nicht auf solchen Momenten beruhen könne. Nach ihm hat Lotze wiederholt ausgeführt, dass wir für die causalen Zusammenhänge in der materiellen Welt auch nicht den Schatten eines besseren Verständnisses besitzen, als für die psychophysischen Beziehungen. „Wie aber, sagt er z. B. [2]), die Elemente es anfangen, einander zu unveränderlicher Gestalt festzuhalten, oder wie sie es machen, Bewegungen zu übertragen, dieses Wesentliche des Wirkens zwischen Stoff und Stoff, bleibt seinem Hergang nach unsichtbar und die Gleichartigkeit der wirkenden Parteien trägt nichts zu seiner Begreiflichkeit bei. Sprechen wir daher von einer Wirkung zwischen der Seele und materiellen Elementen, so entbehren wir Nichts als die Anschauung der äusserlichen Scenerie, welche uns die Einflüsse von Stoff auf Stoff vertrauter machen, aber sie nicht erklären; den Stoss allerdings werden wir nie sehen, den das letzte Atom des Nerven auf die Seele oder sie auf dieses ausübt; aber auch zwischen zwei sichtbaren Kugeln ist der Stoss nicht die verständliche Ursache der Bewegungsmitheilung, sondern nur die anschauliche Form, unter welcher sie unbegriffen geschieht.“

Die nothwendige Folge dieser Veränderungen, welche der populäre Begriff der Causalität in der Philosophie und in der Naturwissenschaft erfahren hat, ist eine gründliche Umgestaltung desselben überhaupt, mit der wir die moderne Erkenntnisstheorie beschäftigt sehen. Während

---

1) A. a. O., S. 210 ff. (III. Thl., 14. Abschn.).

2) Methaphysik, 2. Aufl. 1884, S. 493.

man einerseits, soweit es geht, die Begriffe der Causalität, der Ursache und Wirkung, gänzlich aus der wissenschaftlichen Terminologie entfernen will, sucht man andererseits sie zu reinigen und auf eine tragfähigere logische Basis zu stellen. Wir glauben, dass diese letztere Bemühung den wissenschaftlichen Zwecken aus einem doppelten Grunde besser entspricht, als der Radicalismus der ersten Ansicht, der namentlich von Mach[1]) vertreten worden ist. Denn zunächst finden wir unter den vorhandenen zur Verfügung stehenden Begriffen nicht ohne Weiteres einen Ersatz für den der Causalität, soweit dieser anerkannte Erfahrungsthatsachen ausdrückt. Die Namen Bedingung und Folge (oder Bedingtes) bleiben zweckmässiger Weise für die elementaren Abhängigkeitsbeziehungen reservirt, in die man ein empirisch gegebenes Causalverhältniss jederzeit zerlegen kann. Der mathematische Begriff der Function aber, an den Mach als Ersatz zu denken scheint, ist zu weit, als dass er die bisher als causal bezeichneten Beziehungen eindeutig wiederzugeben vermöchte.[2]) Dazu kommt, dass der Ersatz der Begriffe Ursache und Wirkung nicht für die Naturwissenschaft allein berechnet oder bestimmt sein darf, da man auch in den sog. Geisteswissenschaften von kausalen Verhältnissen zu reden vielfach Veranlassung hat. Sodann aber würde die völlige Leugnung dessen, was in der populären Metaphysik des Causalbegriffs auszeichnender Weise von ihm gedacht wird, einer kritischen Besonnenheit ebensowenig anstehen, wie die blinde Zustimmung zu diesem Gedanken. Mit Rücksicht auf eine mögliche Aussicht metaphysischer Interpretation aller causalen Beziehungen erscheint es angemessen an der durch den populären Causalbegriff angedeuteten Abgrenzung innerhalb der überhaupt vorhandenen Abhängigkeitsverhältnisse festzuhalten.

---

[1]) Mach, Populär-wissenschaftliche Vorlesungen, 2. Aufl. 1897, S. 276 f.: „Ich hoffe, dass die künftige Naturwissenschaft die Begriffe Ursache und Wirkung, die wohl nicht für mich allein einen starken Zug von Fetischismus haben, ihrer formalen Unklarheit wegen beseitigen wird.“ Dieser Hoffnung entspricht bereits Boltzmann, Vorlesungen über die Principe der Mechanik I, 1897, der S. 37, Anmerk., erklärt, dass in seiner Darstellung „die Begriffe Ursache und Wirkung“ „ganz vermieden“ seien. und daran seinerseits die Hoffnung knüpft, „dass gegen die hier gewählte Darstellung erkenntnisstheoretische Einwände nicht gemacht werden können.“

[2]) Der bekannten Kirchhoff'schen Forderung, die Thatsachen vollständig zu beschreiben, würde man offenbar nicht gerecht, wenn man die Besonderheit der causalen Beziehung durch die Wahl eines umfassenderen Begriffs in der Beschreibung nicht hervortreten liesse.

Die Form, in welcher die exacte Naturwissenschaft seit geraumer Zeit die Darstellung causaler Beziehungen bringt, ist die der Function. Unter einer Function versteht man in der Mathematik dasjenige Verhältniss zweier oder mehrerer Grössen zueinander, vermöge dessen jedem Werthe oder jeder Gruppe von Werthen der einen Grösse je ein Werth oder eine Werthgruppe der anderen zugeordnet ist. Da alle Objecte der Naturwissenschaft sich dem Grössenbegriff subsumiren lassen, so sind auch Functionsbeziehungen zwischen ihnen durchweg möglich. Für die mathematische Function ist es nun völlig gleichgiltig, welches Glied derselben man als unabhängig, welches als abhängig anzusehen hat. Bezeichnet man die eine Grösse als die unabhängig veränderliche und entsprechend die andere als abhängig veränderliche, so ist das im Allgemeinen durchaus willkürlich. Für die Naturerscheinungen dagegen bringt die Zeit eine begrenzende Regel in diesen Zusammenhang hinein, wonach der zeitlich vorausgehende Factor stets als der unabhängig veränderliche mit Rücksicht auf den nachfolgenden angesehen werden muss. Ferner lässt sich eine Fülle von Grössenbeziehungen in der Mathematik dem allgemeinen Begriff der Function unterordnen, insbesondere directe ebenso gut wie indirecte. Verstehen wir unter den directen oder gleichläufigen solche, bei denen die einander zugeordneten Grössen in derselben Richtung sich verändern, während sie bei den indirecten in entgegengesetztem Sinne wachsen oder abnehmen, so erhellt wiederum, dass nur die ersteren für die causalen Zusammenhänge in Anspruch genommen werden können. Nur im uneigentlichen Sinne können wir sagen, dass irgend eine positive Veränderung die Ursache einer Herabsetzung, Verminderung, Abschwächung u. dergl. sei. Wir werden vielmehr bei genauerer Interpretation nachweisen können, dass nur ein mittelbarer Zusammenhang zwischen dem Wachsthum dort und der Abnahme hier bestehe. Endlich aber wird in der Mathematik über die Natur der in Functionsbeziehungen stehenden Grössen nichts bestimmt; wenn sie nur überhaupt in der geschilderten Weise einander zugeordnet werden können, ist auch eine Abhängigkeitsbeziehung im Sinne der Function anzunehmen. In dieser Hinsicht muss für die causale Verknüpfung gleichfalls eine beschränkende Bedingung hinzugefügt werden. Nicht alle zeitlich succedirenden, in functioneller Beziehung zu einander stehenden und dabei gleichläufig gerichteten Erscheinungen sind ohne Weiteres als causal verbundene aufzufassen, sondern es muss noch ein Merkmal hinzugefügt werden, welches den Functionsbegriff erst mit den bisher bezeichneten speci-

fischen Bestimmungen zu dem der Causalität determinirt. Wir wollen dieses Merkmal dadurch andeuten, dass wir sagen, es müsse irgendwie die Möglichkeit einen Einfluss zu üben, ein Angriffspunkt verwirklicht sein, wenn von zwei aufeinanderfolgenden und in gleichläufigen Functionsbeziehungen gegebenen Erscheinungen soll behauptet werden können, dass sie im Causalzusammenhang mit einander stehen. Die genauere Angabe der Formen, in welchen diese Verwirklichung stattfinden kann [1]), muss einer besonderen Untersuchung vorbehalten bleiben.

Es ist nicht schwer zu zeigen, dass alle hier zusammengestellten Merkmale des Causalbegriffes, die ihn als ein logisches Derivat des Functionsbegriffes betrachten lassen [2]), nichts enthalten, was seine Anwendung auf die psychophysischen Beziehungen unmöglich machte. Dem allgemeinen Gesichtspunkt einer Grösse sind die psychischen Vorgänge, wie jetzt kaum mehr bezweifelt wird, unterzuordnen. Weiterhin beruht die ganze experimentelle Psychologie, die heute keinen aprioristischen Einwand mehr zu fürchten braucht, auf der Voraussetzung einer functionellen Beziehung zwischen dem Psychischen und gewissen physischen Processen. Auch die Annahme einer Succession kann wenigstens nicht a limine abgewiesen werden. Nicht minder wird man beiden Vorgängen die Möglichkeit nicht a priori absprechen dürfen auf einander einen Einfluss zu üben. Der einzige Grund, der bisher diese Möglichkeit bestreiten liess, bestand ja in der Forderung, dass Ursache und Wirkung einander gleichartig sein müssten, und mit dieser Forderung hat die Erkenntnisstheorie seit Hume, wie wir oben sahen, gebrochen. Zuweilen hat man statt der Gleichartigkeit nur die Vergleichbarkeit behauptet und die letztere für die psychischen und physischen Vorgänge bestritten. Wie wenig das zutrifft, erhellt aus der Subsumtion beider unter den Grössenbegriff und dem erfolgreichen Versuch gesetzmässige Grössenrelationen zwischen ihnen herzustellen. Wo das geschieht, kann doch von einer Unvergleichbarkeit schlechthin nicht mehr geredet werden. Jedenfalls kann hiernach aus dem wissenschaftlichen Causalbegriff kein zwingender, ja nicht einmal ein Wahrscheinlichkeitsgrund hergenommen werden, der die Behauptung einer Wechselwirkung zwischen Seele und Körper ausschlösse.

---

[1]) Eine von ihnen wäre eine gewisse räumliche Constellation, von der jedoch dahingestellt sei, ob sie, wie Hume will, den unmittelbaren Contact einschliesst.

[2]) Natürlich kann er unter anderem Gesichtspunkt auch als ein logisches Derivat des Begriffs einer zeitlichen Succession aufgefasst werden.

Wenn man trotzdem in der Psychologie der Gegenwart die dualistische Redeweise zu vermeiden und ein anderes, allgemeineres Princip für die psychophysischen Beziehungen anzuwenden pflegt, so hat das seinen Grund — abgesehen von einer später zu würdigenden Schwierigkeit — in dem Mangel eines empirischen Nachweises für die nach der causalen Betrachtung erforderliche zeitliche Succession. Sollen die physischen Vorgänge als Ursache der psychischen gedacht werden können, so müssen sie ihnen vorausgehen, sollen sie als ihre Wirkung auffassbar sein, so müssen sie ihnen nachfolgen. Für diese mit der Anwendung des Causalbegriffs implicite gesetzte Vorstellung einer Succession fehlt es nun gänzlich an einer entscheidenden Empfehlung von Seiten der Erfahrung. Wir wissen weder, dass die Empfindung, welche durch einen Lichtreiz veranlasst wird, dem centralen Nervenprocess, den man als ihre unmittelbare Bedingung anzusehen hat, nachfolgt, noch dass der Entschluss zu einer bestimmten Handlung der centralmotorischen Innervation, welche die Muskeln in Thätigkeit setzt, vorausgeht. Ja, es unterliegt begründetem Zweifel, ob wir jemals über das zeitliche Verhältniss dieser beiden Vorgänge zu einander aus der Beobachtung irgend etwas auszusagen im Stande sein werden. So bedeutet denn die Annahme einer psychophysischen Wechselwirkung von diesem Gesichtspunkt aus eine Transcendenz über das uns zu Gebote stehende Wissen hinaus. Sie erscheint somit als metaphysische, speculative Specialisirung eines Zusammenhanges, über den sich nach wissenschaftlichen Gründen nur in vorsichtigerer, allgemeinerer, diese besondere Deutung neben anderen zulassender Form urtheilen lässt. Und zu dem gleichen Resultat gelangen wir, wenn wir, wie das im Folgenden geschehen soll, die Folgerungen ziehen, die sich aus dem Satz von der Erhaltung der Energie für unsere Frage ergeben.

II.

Die Bedeutung des Satzes von der Erhaltung der Energie für die psychophysischen Beziehungen.

Durch den Nachweis, dass die in der Natur vorhandenen Energieformen in streng regelmässigen quantitativen Beziehungen zu einander stehen, vermöge deren es möglich ist, einem bestimmten Quantum einer Energie ein bestimmtes Quantum einer anderen äquivalent zu setzen, ist nicht nur der Gedanke einer allgemeinen Transformirbarkeit der verschiedenen Energieformen ineinander, sondern auch die Vorstellung

einer constanten Summe aller begründet worden. Es kann hiernach nirgends ein Quantum Energie verloren gehen und nirgends ein solches gewonnen werden, und alles Geschehen in der Natur besteht somit in blossen Umwandlungen bestimmter Energieformen in andere. Man hat kein Bedenken getragen, diesen für das Gebiet der leblosen Natur sich bewährenden Satz auch auf die lebenden Substanzen auszudehnen, und damit selbst die organischen Processe in den Kreis des Aequivalenzgesetzes zu ziehen. Von einem vollständigen Nachweise der Allgemeingiltigkeit dieses Satzes kann nun natürlich nicht die Rede sein. Ganz abgesehen davon, dass es noch nicht gelungen ist, jede Energieform in jede andere zu transformiren und somit für alle die Aequivalente zu bestimmen, fehlt es insbesondere auf dem Gebiet der Lebenserscheinungen noch sehr an einer Verification desselben. Wenn er sich trotzdem binnen kürzester Zeit eine unbezweifelte Anerkennung erworben hat, so beruht diese mindestens eben so sehr wie auf den empirischen Grundlagen auf gewissen aprioristischen Erwägungen, die mit dem Causalbegriff eng zusammenhängen.[1]) Schon in der antiken Philosophie galt der Grundsatz, dass aus Nichts Nichts werden und dass alles Entstehen und Vergehen nur als Mischung oder Entmischung angesehen werden könne. Das heisst aber nichts anderes, als dass weder etwas absolut Neues producirt noch etwas Vorhandenes absolut vernichtet werden kann. Dann muss aber auch die Summe aller in der Welt vorhandenen Materie und Energie constant sein. Verhältnissmässig früh hat sich daher auch der Gedanke solcher Erhaltungsprincipien in der Naturphilosophie eingestellt. Nicht in der Annahme, dass überhaupt etwas in der Welt als unverändert anzusehen sei, haben sich die früheren Philosophen, wie z. B. Descartes, geirrt, sondern nur in der Beziehung dieses Princips auf bestimmte Naturvorgänge, und bei der letzten für die Naturwissenschaft entscheidenden Aufstellung des Gesetzes von der Erhaltung der Kraft durch Robert Mayer spielt die aprioristische, auf eine Interpretation des Causalbegriffes sich stützende Betrachtung eine vielleicht nicht minder bedeutungsvolle Rolle, als der empirische Nachweis eines mechanischen Aequivalents der Wärme.

Allerdings wird diese Annahme eines theilweise aprioristischen Characters des Satzes von der Erhaltung der Energie, also einer theilweisen Unabhängigkeit seiner Geltung von der Erfahrung vielfach be-

[1]) Das ist auch die Ansicht Riehl's (D. philosoph. Kriticismus, II, 1, S. 258 ff.).

stritten. So sagt Erhardt: „Dass es nicht angeht, das Gesetz als ein nothwendiges Princip des Denkens und somit als ein gleichsam a priori feststehendes Axiom zu betrachten, dürfte heut zu Tage wohl so ziemlich von allen Seiten anerkannt werden. Es war nur eine nicht schwer zu erklärende Selbsttäuschung, wenn R. Mayer glaubte, das Princip der Erhaltung der Kraft aus dem Satze causa aequat effectum ableiten zu können. Denn dieser Satz vermag es offenbar Niemandem zu verwehren, z. B. bei dem Zusammenstoss zweier unelastischer Kugeln von gleicher Masse, die aus entgegengesetzter Richtung mit gleicher Geschwindigkeit aufeinander treffen, sich die thatsächlich erfolgende Wirkung mit dem Uebergang beider Kugeln in den Zustand der Ruhe als vollständig erschöpft zu denken.“ [1]) Es bedarf keiner tiefgehenden Ueberlegung, um zu zeigen, dass das von Erhardt gewählte Beispiel eine unserer Anschauung günstige Interpretation von dem allgemeinen Causalgesetz aus nicht nur zulässt, sondern sogar fordert. Denn der Zustand der Ruhe tritt hier immer ein, wenn die beiden aus entgegengesetzter Richtung auf einander treffenden unelastischen Kugeln die gleiche Geschwindigkeit und Masse, also die gleiche lebendige Kraft haben. Dagegen kann im Uebrigen Masse und Geschwindigkeit und somit die Grösse der lebendigen Kraft beliebig veränderlich gedacht werden. Für diese veränderte Grösse der lebendigen Kraft aber würde es an jeder äquivalenten Wirkung fehlen, wenn man den Zustand der Ruhe als den einzigen Effect des Zusammentreffens beider Kugeln auffassen wollte. Man würde demnach eine Ursache ohne Wirkung haben und mit dem Causalprincip in offenkundigen Widerspruch gerathen. In der That ist es nach der oben kurz präcisirten Bestimmung des Causalbegriffs, nach der er als ein logisches Derivat des mathematischen Functionsbegriffes anzusehen ist, selbstverständlich, dass das Gesetz von der Erhaltung der Energie in einer gewissen Abhängigkeit von dem Causalprincip steht. Denn denken wir uns die einzelnen Formen der Energie, sofern sie sich ineinander umwandeln, dem allgemeineren Begriff von Ursache und Wirkung untergeordnet, so müssen bestimmten Werthen der einen bestimmte Werthe der anderen entsprechen. Sieht man nun in dem Nachweis von Aequivalenten die Stütze für das Energiegesetz, so besteht das Empirische bei diesem Verfahren nur in der numerischen Bestimmung des Verhältnisses zweier Energieformen zu einander und in der Entdeckung, dass diese Aequivalenz für Energien

[1]) F. Erhardt, Die Wechselwirkung zwischen Leib und Seele, 1897, S. 72.

und nicht z. B. für Bewegungen (wie das cartesianische Erhaltungsprincip forderte) besteht.

Das Causalprincip schliesst eine Aequivalenz solcher Vorgänge, die wir als Ursache und Wirkung ansehen, nothwendig ein. Es sagt aber nichts über die Natur dieser Vorgänge, soweit sie physikalisch-chemisch näher bestimmbar ist, aus. Das Energieprincip seinerseits behauptet eine durchgehende Aequivalenz zwischen allen in der Welt vorkommenden Energieformen und demgemäss die Erhaltung der Gesammtsumme aller. Aber auch hier besteht im einzelnen ein grosser Spielraum. Denn erstlich wird die speciellere Form der in einander transformirbaren Energien durch das allgemeine Erhaltungsprincip nicht determinirt. Es würde eben so gut gelten, wenn es nur mechanische und thermische Energien gäbe, und es lässt die Frage nach der Zahl der in solchem Verhältniss stehenden Energien völlig offen. Zweitens setzt es nichts über die Bedingungen fest, unter denen die Transformation einer Energie in eine andere ihr äquivalente stattfindet. Ob dies von der Temperatur oder von einem chemischen Verwandtschaftsgrade, von einem Stoss oder von einer elektrischen Wechselwirkung abhängig ist, bleibt innerhalb des allgemeinen Energiesatzes völlig unbestimmt. Endlich ist es auch der empirischen Nachforschung gänzlich überlassen das numerische Verhältniss zu ermitteln, welches die Aequivalenzbeziehung je zweier Energieformen zu einander ausdrückt. Ob 5 Maasseinheiten der einen etwa 17 oder 113 Maasseinheiten der anderen entsprechen, lässt sich durch das allgemeine Gesetz nicht im Voraus angeben.

An diesem Spielraum, der für die Anwendung des Energiesatzes übrig bleibt, werden wir nun die Frage zu prüfen haben, ob die Annahme einer Wechselwirkung psychischer und physischer Vorgänge mit diesem Satze verträglich ist oder im Widerspruch steht. Für das letztere Glied dieser Alternative entscheiden sich unbedenklich viele moderne Philosophen. Ihre Argumentation läuft im Wesentlichen darauf hinaus zu erklären, eine Einwirkung der Seele auf den Körper würde einen Gewinn, die umgekehrte Einwirkung des Körpers auf die Seele dagegen einen Verlust an physikalischer oder chemischer Energie zur Folge haben. Da nun das eine sowohl als auch das andere mit dem Erhaltungsgesetz in Widerspruch steht, so ist eine solche Deutung der psychophysischen Beziehungen unmöglich. Wie man sieht, hat jedoch diese Beweisführung nur dann etwas zwingendes, wenn man die psychischen Vorgänge als energiefremde Erscheinungen auffasst oder

wenn man die physikalischen und chemischen Energieformen für die einzig denkbaren hält. Für diese Voraussetzung besteht jedoch in dem allgemeinen Energiesatz selbst gar kein Anhalt, da er über die Natur der einzelnen Energieformen überhaupt nichts aussagt. Es würde sich also lediglich darum handeln den Nachweis zu führen, dass der Begriff der Energie auf die psychischen Erscheinungen anwendbar ist und dass ein Aequivalenzverhältniss zwischen ihnen und gewissen physischen Vorgängen besteht, um daraus ohne Weiteres die Verträglichkeit der Annahme einer Wechselwirkung zwischen Seele und Körper mit dem Energieprincip ableiten zu können. Mit dem zweiten hier erwähnten Nachweise ist die experimentelle Psychologie von ihren ersten Anfängen an beschäftigt gewesen, und wie sehr man von dem Vorhandensein einer Aequivalenz der psychischen mit den physischen Erscheinungen überzeugt ist, lehrt allein schon die axiomatische Voraussetzung eines psychophysischen Parallelismus, die in der empirischen Psychologie der Gegenwart allgemein acceptirt zu werden pflegt.[1]) Darüber jedoch, ob man berechtigt ist, den Begriff der Energie auf die psychischen Vorgänge anzuwenden, besteht zur Zeit auch nicht der Schatten einer ernsthaften Untersuchung, und wir können daher, da wir nicht die Absicht haben, diese Lücke hier auszufüllen, in Bezug hierauf nur von einer offenen Frage reden.

Aber diese Eingliederung der psychischen Erscheinungen in den Kreis der von dem Erhaltungsgesetz umschlossenen Energieformen bildet nicht die einzige Möglichkeit[2]), welche die Annahme einer psychophysischen Wechselwirkung rechtfertigt. Daneben hat insbesondere Stumpf[3]) darauf hingewiesen, dass die psychischen Vorgänge einerseits als Nebeneffecte gewisser physischer, andererseits als Nebenbedingungen derselben angesehen werden könnten, wobei in dem einen Falle kein Verlust, in dem anderen kein Gewinn physischer Energie stattfände. Ferner hat es nicht an Versuchen gefehlt, die

[1]) Mit Rücksicht auf diesen Zusammenhang habe ich daher in meiner Einleitung in die Philosophie (S. 150) von einer besonderen Rechtfertigung der Annahme einer Aequivalenz der geistigen mit den materiellen Processen verzichten zu dürfen geglaubt, was von Erhardt (a. a. O., S. 90 Anmerk.) freilich nicht verstanden worden ist (ich spreche an der angezogenen Stelle nur von einer einfachen Annahme, nicht von einer einfachen Sache!).

[2]) Sie ist bereits von Lotze (vgl. z. B. Metaphysik, S. 415 ff.) vertreten worden und wird auch von Stumpf (3. intern. Congr. f. Psych., 1897, S. 12) und von Erhardt (a. a. O., S. 63 ff.) wenigstens als „gangbarer Weg“ behandelt.

[3]) A. a. O., S. 12 f.

psychophysische Wechselwirkung mit dem Energiesatz dadurch in Einklang zu bringen, dass man gewisse Aenderungen der physischen Welt als durch das letztere unbestimmt bezeichnete. So macht Kroman[1]) darauf aufmerksam, dass das Erhaltungsprincip sich nur auf die Geschwindigkeit, nicht auf die Richtung der Bewegung beziehe, und dass daher die Vorstellung eines Einflusses der Seele auf die Richtung körperlicher Bewegungen zu keiner Collision mit dem Energiesatz führe, wenn nur die Geschwindigkeit der Bewegungen constant bleibe. Einen ähnlichen Gedanken hat der bekannte Physiker Boltzmann geäussert, indem er erklärte, „dass mit dem Energiesatz eine Einwirkung des Psychischen auf das Physische nicht unverträglich sei, wenn man annehme, dass diese Einwirkung normal gegen die Niveauflächen erfolge.“[2]) Sodann haben Rehmke[3]) und Wentscher[4]) der Meinung Ausdruck gegeben, dass es sich beim Wirken der Seele auf den Leib nur darum handle, „dass potentielle Energie des Gehirns lebendige werde. Die Veränderung, lebendige anstatt potentieller Energie, ist keine Vermehrung der Energie des Gehirns“ (Rehmke). Die psychischen Vorgänge haben hiernach die Bedeutung von auslösenden Processen, bei denen, da sich die auftretende lebendige Energie als genaues Aequivalent der aufgespeicherten potentiellen erweist, keine Bereicherung des schon vorhandenen Quantums eintritt. Doch haben sich gegen diesen an letzter Stelle mitgetheilten Versuch bereits Erhardt (a. a. O. S. 86 f.) und in klarerer Begründung H. Schwarz[5]) gewandt, indem sie darauf hinwiesen, dass zu einer nicht von selbst vor sich gehenden Umwandlung potentieller Energie in lebendige allerdings irgend welche Arbeit geleistet werden müsse und dadurch die Vermehrung der vorhandenen Energiesumme zweifellos mitgesetzt werde. Endlich hat Schwarz (a. a. O. S. 269 f.) den Ausweg eingeschlagen, die Erhaltung der Energiesumme nur für den Zusammenhang physikalischer Kräfte anzuerkennen, während ausserphysikalische Einflüsse eine Vermehrung der physikalischen Energie herbeizuführen vermöchten. Nur mit der vorhandenen physikalischen Energie liesse sich somit keine neue erzeugen, dagegen könnte der Eingriff der Seele zur Ursache für die Entstehung eines neuen Quantums physischer Energie werden.

[1]) Kurzgefasste Logik und Psychologie. Deutsch von Bendixen, 1890, S. 119 f.

[2]) A. Höfler, Psychologie, 1897, S. 58 f. Anm.

[3]) Lehrbuch der allgemeinen Psychologie, 1894, S. 111 ff.

[4]) Ueber physische und psychische Causalität etc., 1896, S. 33 f., 37 f.

[5]) Monatshft. d. Comenius-Gesellsch., VI. Bd., S. 267 f.

Wie man sieht, sind alle diese Versuche, die Annahme einer psychophysischen Wechelwirkung mit dem Gesetz von der Erhaltung der Energie in Einklang zu bringen, nicht gleichwerthig. Man wird in Bezug auf die von Stumpf angegebene Möglichkeit offenbar die Schwierigkeit geltend machen können, dass hiernach die Ursache bezw. die Wirkung in einer so unbestimmten Form bezeichnet werde, dass das Recht zu dieser Bezeichnung selbst zweifelhaft werde. Denn, worauf stützt sich die Behauptung, die Empfindung gehe aus einem bestimmten Nervenprocess als nothwendige Folge neben dessen physischen Wirkungen hervor? Entweder muss man annehmen, dass die Empfindung eine zufällige, unerklärliche Nebenerscheinung eines physischen Causalzusammenhanges sei, oder dem Nervenprocess neben den seinen physischen Wirkungen äquivalenten Eigenschaften noch irgend welche anderen völlig unbekannten, wahre qualitates occultae, zuschreiben, durch die er befähigt würde, solche Nebenerscheinungen zu verursachen. Bei den von Kroman und Boltzmann hervorgehobenen Möglichkeiten wird zunächst die einseitige Berücksichtigung eines psychischen Einflusses auf den Körper unbefriedigt lassen und sodann die Vorstellung Befremden erwecken, dass ein psychischer Vorgang die Richtung einer vorhandenen Bewegung von sich aus solle ändern [1]) oder auf die Niveauflächen senkrecht solle einwirken können. Nicht minder wird die Schwarz'sche Conception so lange als eine blosse mathematische Fiction zu gelten haben, als nicht irgend welche positiven Gründe für ein derselben entsprechendes reales Verhalten angeführt werden. Eine solche empirische Begründung für die Annahme einer Vermehrung der vorhandenen physikalischen Energie durch psychische Einflüsse dürfte ihr einigermaassen schwer werden, wenn man an alle die Beobachtungen denkt, die eine Geltung des Energiegesetzes für die Gesammtheit der psychophysischen Processe wahrscheinlich machen. Ausserdem haftet auch ihr der Kroman und Boltzmann gegenüber angedeutete Mangel an, dass nur die eine Richtung der psychophysischen Beziehungen beachtet wird. Man wird daher, wie ich glaube, vorläufig die zuerst characterisirte Möglichkeit als den gangbarsten Weg zur Vermeidung von Widersprüchen mit dem Energieprincip betrachten müssen, wenn man die Annahme einer psychophysischen Wechselwirkung vertreten will.

[1]) Ganz abgesehen davon, dass die Aenderung der Richtung auch Energie erfordert, vgl. E. König, Die Entwickelung des Causalproblems II, 1890, S. 481.

Dass sich in dieser Form ein völliger Einklang mit dem Erhaltungsgesetz erzielen lasse, wird von Ebbinghaus[1]) zugestanden. Dafür jedoch besteht nach ihm noch eine weitere Collision für die uns hier beschäftigende Ansicht fort, nämlich mit dem „auf Erklärung und Zurechtlegung abzielenden Princip“ der mechanischen Naturauffassung, nach dem alle materiellen „Zustände und Processe im Grunde nichts sind als Lageverhältnisse und Bewegungen.“ Diesem Princip werde „gleichsam der Nerv durchschnitten, wenn auch das Geistige als eine Energieform neben den anderen betrachtet werden soll.“ Das Gewicht dieses Einwandes wird natürlich nach der Bedeutung zu beurtheilen sein, die man dem Grundsatz einer mechanischen Interpretation alles Naturgeschehens beilegt. In dieser Beziehung aber wird man sicherlich, auch ohne die Bemühungen der modernen Energetik in's Feld zu führen, wesentlich anderer Meinung sein dürfen, als Ebbinghaus. Während dieser behauptet, dass jener Grundsatz zu den „Fundamentalanschauungen von der Gestaltung der Aussenwelt“ gehöre, „welche sich den mit ihrer Ermittelung Beschäftigten als die richtigsten und sachgemässesten aufgedrängt haben,“ erklärt Mach[2]) die mechanische Physik für „ein Schema, in dem wir die wirkliche Welt kaum wieder erkennen,“ für „ein chimärisches Ideal,“ das „in populären Vorlesungen oft als effectvolles Programm gedient,“ aber „in dem Arbeitsraume des ernsten Forschers . . . kaum eine wesentliche Function gehabt“ habe. Und als eine vorübergehende skeptische Anwandlung wird man dies Urtheil — wofür es Ebbinghaus zu halten geneigt zu sein scheint — schon aus dem Grunde nicht ansehen können, weil es sich auf die historische Erkenntniss der Leistungen der mechanischen Physik stützt.[3])

Die einzige ernstliche Schwierigkeit also, die der Annahme einer psychophysischen Wechelwirkung aus dem Erhaltungsgesetz erwächst, gründet sich auf die durch sie geforderte Anwendung des Begriffs der Energie auf die psychischen Vorgänge. Inwiefern diese statthaft ist oder nicht, darüber besteht zur Zeit keine auch nur einigermaassen befriedigende Aufklärung. Dass die thatsächlichen Abhängigkeitsbeziehungen zwischen seelischen und körperlichen Erscheinungen und die

[1]) Grundzüge der Psychologie, 1897, S. 33ff.

[2]) Populär-wissenschaftliche Vorlesungen, 2. Aufl., 1897, S. 181.

[3]) Man vergleiche dazu auch Hillebrand's treffende Kritik der Schrift von Heinrich, Die moderne physiolog. Psychol. etc. in der Deutschen Litteraturzeit 1896, Sp. 643ff.

Möglichkeit der Aufstellung quantitativer Relationen für dieselben noch keinen genügenden Grund zu solcher Erweiterung des Umfanges bei dem Energiebegriff abgeben, lässt sich, wenn man nicht exclusiv energetischen Anschauungen huldigt, unschwer begreifen. Somit erweist sich auch hierin die Behauptung einer Wechselwirkung zwischen Leib und Seele als die durch unser Wissen nicht ausreichend fundirte Specialisirung einer allgemeineren Auffassung des Thatbestandes. So lange noch andere speciellere Deutungen desselben, wie z. B. die Identitätslehre, als Möglichkeiten zugelassen werden müssen, ist daher in der Einzelwissenschaft eine vorsichtigere Ausdrucksweise anzuwenden, die wir in dem Princip des psychophysischen Parallelismus jetzt noch genauer zu erörtern haben.

III.

Das Princip des psychophysischen Parallelismus.

Jede Wissenschaft hat bei der systematischen Darstellung ihres Gebietes von gewissen Voraussetzungen auszugehen, die nicht bewiesen werden, aber mehr oder weniger zweckmässig gewählt und ausgedrückt sein können. Unter diesen Voraussetzungen sind nicht die Definitionen zu begreifen, die eine lediglich logische Bedeutung haben und in sachlicher Beziehung willkürlich sind. Wir verstehen vielmehr darunter die sog. Axiome, die bekanntlich in der Geometrie, überhaupt in der Mathematik, und in der Naturwissenschaft eine grössere Rolle spielen. So werden das Gesetz der Trägheit oder das Gesetz von der Gleichheit von Wirkung und Gegenwirkung in der Mechanik als Axiome an die Spitze der ganzen Darstellung gesetzt. Ohne bestreiten zu wollen, dass sie von einem allgemeineren Gesichtspunkt aus ihre Begründung zu finden vermöchten, wollen wir nur betonen, dass sie eine solche innerhalb des Gebietes, für welches sie als geltend behauptet werden, nicht erhalten können. Sie drücken nämlich einen allgemeinsten Zusammenhang von Thatsachen aus, der für alle Einzelerscheinungen des betreffenden Gebietes in einer gewissen Richtung besteht. Sie bezeichnen die allgemeinsten Verhaltungsweisen der hier aufzuführenden Gegenstände, die letzte Abstraction unter den gesetzmässigen Verknüpfungen, welche die Wissenschaft ermittelt hat. In Folge dieser logischen Allgemeinheit haben sie für alles Individuelle und Besondere eine Bedeutung, wirken sie daher als Voraussetzungen bei der Schilderung eines speciellen Thatbestandes mit, ohne dass doch diese Detailerscheinungen, die natürlich zur Auffindung solcher Axiome die erste

Veranlassung geboten haben, als Beweis für sie verwendet werden könnten. Aber ihre Geltung ist selbstverständlich davon abhängig, wie sie sich gegenüber den besonderen Erfahrungen bewähren, und jedes Versagen in irgend einem Einzelfalle muss unausbleiblich zu einer Modification oder Beseitigung des Axioms führen.

Eine solche allgemeinste Voraussetzung über das Verhältniss der physischen zu den psychischen Processen besteht jedenfalls auch für die Psychologie, zum Mindesten für die Psychophysik. Ueberall da, wo diese Wissenschaften im Einzelnen auf solche Beziehungen zu sprechen kommen, so z. B. wenn sie die Abhängigkeit der Intensität einer Empfindung von gewissen Eigenschaften des Reizes oder einer Gedächtnissstörung von pathologischen Veränderungen im Gehirn oder einer Willenshandlung von bestimmten Motiven und Ueberlegungen beschreiben, wird irgend eine Anschauung über die Natur derartiger Beziehungen vorausgesetzt. Daraus ergiebt sich die Aufgabe, ein Axiom oder ein Princip so zu formuliren, dass es den in der Erfahrung gegebenen Erscheinungen des betreffenden Zusammenhanges genügt, nicht mehr und nicht weniger enthält, als sich in ihnen nachweisen lässt. Diesem Bedürfniss ist man in den letzten Jahrzehnten durch die Aufstellung des Princips vom psychophysischen Parallelismus nachgekommen, welches besagt, dass einem jeden psychischen Vorgange ein bestimmter physischer parallel gehe. Da nun zwei Linien, die einander parallel laufen, als functionell von einander abhängig anzusehen sind, so liegt in dem Ausdruck psychophysischer Parallelismus die Behauptung, dass eine Functionsbeziehung zwischen den psychischen und den ihnen zugeordneten physischen Processen obwalte. Diese letzteren, die im Gehirn localisirt werden, bezeichnet man als psychophysische Processe.[1]) Der Prüfstein für die Brauchbarkeit dieses Princips ist die Erfahrung. Es wäre umgestossen, wenn sich ein Bewusstseinsvorgang nachweisen liesse, dem kein psychophysischer entspräche, oder wenn in einem bestimmten Falle von keinem Parallelismus zwischen beiden geredet werden dürfte. Ob man mit Hilfe desselben irgend ein psychisches Ereigniss aus einem physischen oder umgekehrt zu erklären vermag, darüber sagt das Princip nichts aus; es behauptet nur, dass eine jede

[1]) G. E. Müller hat kürzlich (Ztschr. f. Psychol., X. Bd., S. 1 ff.) dieses Princip in vier Axiome zerlegt, die den Inhalt desselben deutlicher und schärfer hervortreten lassen. Wir glauben das Wesentlichste seiner Ausführungen oben mit Hülfe der Bestimmung dessen, was unter einem Parallelismus zu verstehen sei, wiedergegeben zu haben.

Beziehung zwischen beiden denjenigen allgemeinen Character an sich tragen müsse, den es zum Ausdruck bringt. Es könnte ja daneben die Reihe des Psychischen eine in sich geschlossene und nicht minder die correspondirende psychophysische Reihe eine lückenlos zusammenhängende sein. Wenn sich z. B. der metaphysische Monismus oder die Identitätslehre als richtig herausstellen sollte, so würde das Princip des psychophysischen Parallelismus keine Veränderung erfahren, und dennoch jede eigentliche Erklärung eines Gliedes der einen Reihe aus einem Gliede der anderen unmöglich werden. Nur da, wo ein neuer sonst nicht zu erklärender Anfang innerhalb einer solchen Reihe constatirt werden müsste, wie es z. B. das Auftreten einer durch äusseren Reiz veranlassten Empfindung innerhalb der psychischen Reihe ist, würde das Bedürfniss nach einer Erklärung durch den parallel laufenden psychophysischen Process entstehen. Aber in unserem Axiom selbst ist schon deshalb von dieser Erklärung nichts zu finden, weil sich auf Grund desselben mit dem gleichen Recht die umgekehrte Ableitung, von der man doch allgemein abzusehen pflegt, fordern liesse.

Darin eben sehen wir die wichtigste Bedeutung dieses Axioms, dass es sich von jeder metaphysischen Interpretation der Thatsachen fern hält. Wer in der Psychologie oder der Psychophysik dem Princip des psychophysischen Parallelismus gemäss verfährt, kann, wie wir eben zeigten, Monist bez. Identitätstheoretiker sein, kann aber auch nicht minder Spiritualist, Materialist oder Dualist sein. Denn da es keine causale, sondern nur eine functionelle Beziehung zwischen psychischen und physischen Vorgängen behauptet, so lässt sich deren Zusammenhang sowohl nach dem Schema der zwei Seiten eines und desselben Wesens, als auch in causaler Form nach dualistischem, materialistischem oder spiritualistischem Recept auffassen. Es greift somit der Metaphysik in keiner Richtung vor und bewährt sich dadurch als ein einer Erfahrungswissenschaft angepasstes Axiom. Würde es innerhalb der genannten metaphysischen Parteien eine zustimmende oder ablehnende Haltung einnehmen, so würde es zu viel behaupten, über die Grenzen des erfahrungsmässig Nachweisbaren hinausgehen. Insbesondere ist es ein Irrthum, wenn gewisse Psychologen (z. B. Höffding und Ebbinghaus) den psychophysischen Parallelismus mit der Identitätslehre in Verbindung bringen, und damit zugleich die Annahme einer Wechselwirkung im dualistischen Sinne bekämpfen. Ein solches Verfahren verstösst gegen die erkenntnisstheoretische Forderung, dass eine Einzelwissenschaft nicht mit metaphysischen Voraussetzungen belastet

werden dürfe. Aber aus diesem von Psychologen selbst eingenommenen Verhalten erklärt sich die bei ausserhalb Stehenden nicht seltene Verwechselung des Axioms vom psychophysischen Parallelismus mit der Identitätstheorie. So versteht Erhardt unter der „Theorie" des psychophysischen Parallelismus in erster Linie eine Lehre, die die Leugnung einer Wechselwirkung zwischen Leib und Seele einschliesst.[1]) Zwar erwähnt er (S. 22) auch die Bedeutung einer durchgehenden Correspondenz zwischen geistigen und materiellen Processen, aus der sich keineswegs die Unmöglichkeit von causalen Beziehungen zwischen Leib und Seele ergebe, doch interessirt ihn diese Bedeutung des Ausdruckes weiter nicht. In der That wäre seine Kritik der Lehre vom psychophysischen Parallelismus wohl ungeschrieben geblieben, wenn ihn diese für die psychologische Wissenschaft allein in Betracht kommende Bedeutung interessirt hätte. Ebenso fasst Wentscher den psychophysischen Parallelismus „in seiner Opposition gegen all und jede Wechselwirkung" [2]); aber auch er giebt (S. 118) zu, dass „ein durchgehender Parallelismus" mit der Annahme eines causalen Wechselverhältnisses zwischen Gehirn- und psychischen Vorgängen verträglich sei.

So wie sich die geometrischen Axiome mit jeder denkbaren metaphysischen Interpretation des Raumes vertragen, so lässt sich auch das Princip des psychophysischen Parallelismus in jede metaphysische Anschauung von Leib und Seele hinübernehmen. Dass sich in der Psychologie diese Beziehung zwischen dem einzelwissenschaftlichen und metaphysischen Gesichtspunkte noch immer nicht mit der wünschenswerthen Klarheit äussert, hängt mit der Thatsache zusammen, dass sie lange als eine philosophische Disciplin gegolten hat und sich gegenwärtig nur allmählich von der Vereinigung mit der Philosophie zu lösen beginnt. Wir können nun aber auch die Sache umkehren und mit aller Entschiedenheit erklären, dass eine jede der angeführten metaphysischen Richtungen nur in soweit als berechtigt anzusehen ist, als sie mit dem Princip des psychophysischen Parallelismus im Einklange steht. Es ist Zeit, dass auch für die Psychologie der Zustand aufhöre, den die einseitige Herrschaft einer metaphysisch gerichteten Philosophie über alle Erfahrungswissenschaften zu verhängen beliebt hat, nämlich als wenn es ihr frei stünde, die Thatsachen, deren Bearbeitung einzelnen Disciplinen anvertraut ist, in anderer Weise aufzufassen, ihnen eine

---

[1]) A. a. O., S. 23, 26.
[2]) A. a. O., S. 99, 104, 113.

andere wesentlich abweichende Bedeutung zu verleihen, als es hier geschieht. Die Geschichte der Schelling'schen Naturphilosophie bietet für das auf diesem Wege Erreichbare ein für allemal das abschreckende Beispiel. Zwar sind wir weit entfernt davon, dieser Naturphilosophie allen Unsinn aufzubürden, den ein willkürliches Herausreissen einzelner Sätze zu Tage zu fördern scheint.[1]) Aber sie trat mit dem unverhüllten Anspruch auf über die Thatsachen der Natur anderes und richtigeres lehren zu können, als es der Naturwissenschaft möglich sei. Mit dem gleichen Verhalten muss der Psychologie gegenüber ebenfalls gebrochen werden. Es darf nicht von philosophischer Willkür abhängen, ob man eine von ihr ermittelte Gesetzmässigkeit so oder anders zu bestimmen und zu begreifen habe, sondern es heisst hier einfach entweder mitforschen oder sich den Forschungsresultaten anpassen. Der psychophysische Parallelismus ist nun zweifellos ein Princip, das sich der empirischen Untersuchung der einzelnen einschlagenden Phänomene gegenüber bewährt hat. Es kann daher auch nicht mehr von diesem Princip oder der Annahme einer Wechselwirkung im Sinne eines ausschliessenden Gegensatzes die Rede sein, sondern die letztere muss, wenn sie überhaupt ernst genommen werden soll, das erstere in sich aufnehmen können.

Der unzweifelhafte Vorzug des Axioms vom psychophysischen Parallelismus vor der Behauptung einer psychophysischen Wechselwirkung besteht darin, dass die Schwierigkeiten, welche der letzteren anhaften, bei dem ersteren fortfallen. Denn unser Axiom enthält keine Aussage über das zeitliche Verhältniss der Bewusstseinsvorgänge und der ihnen correspondirenden psychophysischen Processe, es gilt unabhängig davon, ob dieses Verhältniss als das der Gleichzeitigkeit oder das der Succession aufgefasst wird. Nicht minder spielt das Bedenken, welches der Anwendung des Energiebegriffs auf die psychischen Vorgänge entgegensteht, beim Parallelprincip keine Rolle. Denn es ist offenbar, wenn man von einer lediglich functionellen Beziehung zwischen beiden Reihen redet, eine Auseinandersetzung mit dem Satze von der Erhaltung der Energie völlig überflüssig. Selbstverständlich gilt diese Ueberlegenheit über den Dualismus in anderer Form auch gegenüber den anderen metaphysischen Richtungen, die zudem noch den Nachtheil haben, in einen erheblicheren Conflict mit wissenschaftlichen Erkennt-

[1]) Z. B. Cohäsion activ gedacht = Magnetismus; alle Körper sind potentialiter im Eisen enthalten; die allgemeine Tendenz des chemischen Processes ist alle Materie in Wasser zu verwandeln u. dgl. m.

nissen zu treten, oder einen grösseren Schritt in das Gebiet des Transscendenten zu wagen.[1]) Wir werden somit in der Psychologie, wenn anders sie die Fähigkeit besitzt, sich als eine Erfahrungswissenschaft zu gestalten, mit dem Princip des psychophysischen Parallelismus in der erwähnten Fassung allein auszukommen haben, so lange uns nicht der Fortschritt unserer Erkenntniss eine speciellere Formulirung gestattet.[2])

Damit soll jedoch nicht bestritten werden, dass diese vorsichtigere Auffassung des Verhältnisses von Körper und Seele, wie sie in dem Princip des psychophysischen Parallelismus vorliegt, keine endgültig befriedigende sein kann. So gewiss die Bewusstseinsvorgänge und die Gehirnprocesse Realitäten sind, deren Bedeutung sich nicht darin erschöpft, als Grössen im Sinne der Mathematik betrachtet werden zu können, so gewiss wird auch die zwischen ihnen bestehende Beziehung nicht allein als eine logisch-mathematische anzusehen sein. Sicherlich ist es gut und nothwendig, wenn wir den Widerstreit der sich hier eröffnenden Möglichkeiten miteinander aus dem Gebiet der Einzelwissenschaft hinausverlegen. Wir verfahren dadurch zugleich öconomisch, indem wir der fortschreitenden Forschung durch die exacte Formulirung des bisher Erreichten die Handhabe geben, nur an einem Punkte die nothwendig gewordene Modification eintreten zu lassen. Man mag es ebenfalls als eine verdienstliche Entsagung preisen, dass der Einzelforscher die weniger befriedigende, aber dem Stande derzeitiger Erkenntniss adäquatere Bestimmung der befriedigenderen, aber nicht in demselben Maasse zureichend begründeten Annahme vorzieht. In diesem Sinne sagt Mach: „Die Naturwissenschaft tritt nicht mit dem Anspruch auf, eine fertige Weltanschauung zu sein, wohl aber mit dem Bewusstsein, an einer künftigen Weltanschauung zu arbeiten. Die höchste Philosophie des Naturforschers besteht eben darin, eine unvollendete Weltanschauung zu ertragen, und einer scheinbar abgeschlossenen, aber unzureichenden vorzuziehen.“[3]) Aber hier, wo die Wissenschaft zur Zeit endet, da darf und kann die philosophische Untersuchung einsetzen, nicht mit der ohnmächtigen Forderung die von ihr gefundenen oder plausibel gemachten Einsichten dem System

[1]) Vgl. meine Einleitung in die Philosophie, § 16 ff.

[2]) Dieser Anschauung habe ich bereits in dem Aufsatz: „Das Ich und die Aussenwelt (Philos. Studien, VIII. Bd., S. 333 f. u. 338 f.) und in meinem Grundriss der Psychologie (S. 2) Ausdruck gegeben.

[3]) Die Mechanik in ihrer Entwickelung, 1883, S. 437.

wissenschaftlicher Erkenntnisse eingefügt zu sehen, wohl aber in der berechtigten Ueberzeugung, dass eine Ergänzung des von dem Einzelforscher dargestellten Weltbildes nach Maassgabe aller hierfür in Betracht kommenden Factoren mit dem Character der grössten Wahrscheinlichkeit ausgestattet werden müsse. Und eine logische Voruntersuchung über die vorhandenen Möglichkeiten, über die von den verschiedenen Wissenschaften angebahnten oder erstrebten Zielpunkte wird auch von demjenigen als eine nicht zu unterschätzende Hülfe bei seiner Arbeit entgegengenommen werden, der im Uebrigen von dem stolzen Bewusstsein erfüllt ist, eine unvollkommene Weltanschauung ertragen zu wollen. Wenigstens sagt Mach an einer anderen Stelle ausdrücklich, man solle nicht undankbar vergessen, „dass die Keime der Gedanken, welche die Specialforschung heute noch durchleuchten . . . sich in weit entlegene Zeiten auf philosophische Quellen zurückverfolgen lassen. Es ist auch gar nicht gleichgiltig, ob ein Mensch den Versuch der Orientirung in der Welt mit Erkenntniss der Unzulänglichkeit der Mittel aufgeschoben, aufgegeben, oder ob er denselben gar nie unternommen hat. Diese Unterlassung rächt sich ja dadurch, dass der Specialist auf seinem engeren Gebiet in dieselben Fehler wieder verfällt, welche die Philosophie längst als solche erkannt hat.“ [1])

---

[1]) Populär-wissenschaftl. Vorles., S. 283 f.

Nachtrag zu S. 100: Auch Riehl's Versuch den Satz von der Causalität als die Anwendung des logischen Princips vom Grunde auf die zeitliche Veränderung der Erscheinungen zu erweisen (Philos. Kritic. II, 1, 236 ff.) erscheint uns missglückt. Da solche Versuche vor Allem dazu dienen die eigenthümliche Nothwendigkeit zu erklären, die der Verknüpfung zweier Erscheinungen nach der Regel der Causalität innewohnt, so sei hier kurz Folgendes bemerkt. Es ist durchaus nicht nothwendig, dass jeder beliebige Vorgang ohne Weiteres als Ursache bezw. Wirkung angesehen werde, sondern es besteht in Bezug hierauf nur jene subjective Nöthigung Hume's, die sich auf Grund der Gewohnheit ausgebildet hat. Aber es ist nothwendig einen beliebigen Vorgang die Ursache bezw. die Wirkung eines anderen zu nennen, wenn sich bei ihm die für diese Begriffe festgesetzten Merkmale finden, und es ist nothwendig die Ursache auf eine zugehörige Wirkung und umgekehrt zu beziehen, weil beide correlate Begriffe sind. Diese Arten der Nothwendigkeit, die Anwendung eines bestimmten Begriffes auf einen bestimmten, mit den entsprechenden Eigenschaften ausgerüsteten Thatbestand, und die Beziehung zweier correlater Begriffe auf einander, sind logischer und nicht psychologischer Natur. Von der realen Nothwendigkeit, dem Zwange zu reden, muss der wissenschaftliche Forscher dem Metaphysiker, der das Wesen der Dinge deutet, überlassen.

Literaturzusammenstellung

über

die Psychologie und Psychopathologie der vita sexualis

von

Dr. Freiherrn **von Schrenck-Notzing**-München.

Dem wiederholt geäusserten Wunsche des Herausgebers dieser Zeitschrift entsprechend soll im Nachfolgenden in Form einer Literaturzusammenstellung ein Ueberblick geboten werden über die Entwickelung jenes Wissensgebietes, welches Kaan[1]) und v. Krafft-Ebing[2]) als Psychopathia sexualis bezeichnet haben. Manche Bedenken jedoch gegen eine solche Bearbeitung veranlassten den Verfasser bei der ersten Aufforderung zu einer abschlägigen Antwort. Zunächst erscheint es schwierig bei dem grossen hierher gehörigen Material einheitliche Gesichtspunkte zu finden und das Thema richtig zu begrenzen; denn die einschlägigen Arbeiten gehören zum grossen Theil ganz heterogenen Gebieten an, so der Biologie, der Anthropologie, der Geschichte, der schönen Literatur, und theilweise der Psychologie, der Psychopathologie und forensischen Medicin. Wenn die wichtigen Thatsachen und Vorgänge des Geschlechtslebens auch in den letzten Jahrzehnten dank gediegener Bearbeitungen durch berufene Forscher dem wissenschaftlichen Verständniss näher gerückt sind, so bietet doch das Gebiet der sexuellen Anomalien noch eine Fülle offener Fragen und ist noch unabgeschlossen in den wichtigsten Punkten. Gerade durch die fliessenden Grenzen, die willkürliche Dehnbarkeit des Themas unterscheidet sich die gestellte Aufgabe ganz wesentlich von sonstigen Sammelreferaten, z. B. über Hysterie oder Aphasie etc.

Andererseits aber ist die lebhafte Erörterung des sexuellen Problems während der letzten Jahre in allen möglichen Formen erklärlich durch den gewaltigen Einfluss, den die geschlechtlichen Factoren auf das Seelenleben

---

[1]) Kaan, Psychopathia sexualis. 1844.

[2]) v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis. 9. Auflage. 1894.

ausüben, dessen praktische Bedeutung namentlich in klinischer, forensischer und socialer Beziehung bereits allgemein anerkannt ist.

Die durch das Studium der geschlechtlichen Anomalien aufgeworfenen Fragen berühren sich auf das engste mit den Aufgaben der Erziehung, mit der Vererbungslehre, mit der Frauenbewegung, sowie mit gewissen Punkten der Gesetzgebung. In medicinischer Beziehung kommen neben genauer analytischer Diagnose die sexuelle Prophylaxe und die Therapie der psychopathologischen geschlechtlichen Erscheinungen in Betracht. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass abgesehen von Krafft-Ebing's Fragmenten eine wirkliche Psychologie des Sexuallebens noch nicht existirt.

Man hat auch darüber gestritten, ob es berechtigt sei, das Gebiet der sexuellen Anomalien gesondert zu behandeln, anstatt es der Psychiatrie als besonderen Symptomencomplex einzuverleiben. Sicherlich lassen sich die sexuellen Abweichungen nicht ohne Berücksichtigung der etwa degenerativen Grundlage, der constitutionellen Erkrankungen und Schwächezustände des Gehirns behandeln.

Auch der Schaden ist betont worden, welchen Publicationen über geschlechtliche Fragen anrichten können. Gewiss spielt das pornographische Interesse der Laien und des Gelehrtenpublikums dabei eine Rolle! Aber der Nutzen, den die rückhaltlose wissenschaftliche Aufklärung des sexuellen Problems auch in weiteren Kreisen bringen kann, ist ein so enorm grosser, dass jene Bedenken dagegen verschwinden. Die genaue Kenntniss der Ursachen und Entwickelungsbedingungen bei den auch heute noch mitunter in den Lehrbüchern für Psychiatrie stiefmütterlich behandelten psychosexuellen Anomalien, das Studium des Einflusses, den erbliche Anlage einerseits, die Erziehung und Wahrnehmungen des Lebens, sowie die socialen Verhältnisse der heutigen verfeinerten Cultur andererseits auf die Entstehung der Geschlechtsanomalien ausüben, sind die nothwendige Voraussetzung für eine vernünftige Prophylaxe, für eine sexuelle Erziehung und eine wirksame Therapie. Wie oft wird heute noch mit Lasterhaftigkeit von Aerzten erklärt, was nur auf Entwickelungsmängel zurückzuführen ist! Dass eine gründliche Kenntniss der Lehre von den Verirrungen des sexuellen Trieblebens vor Gericht zur Beurtheilung zweifelhafter Fälle durchaus nothwendig ist, bedarf wohl keiner besonderen Hervorhebung.

Unter den sexuellen Verirrungen nun dürfte neben der einfachen Onanie die von Westphal sogenannte conträre Sexualempfindung am häufigsten vorkommen. Ihrer Bearbeitung ist die grössere Zahl der wissenschaftlichen Publicationen gewidmet. Eine Anzahl namhafter Fachgelehrter, ich nenne nur von Krafft-Ebing, Moll, Laurent, Chevalier, Raffalowich geht nun in der Betonung des erblichen Factors für das Zustandekommen dieser Anomalie bis zur Annahme einer präformirten weiblichen Geschlechtsanlage im Manne, und einer männlichen Anlage im Weibe bei der Mehrzahl solcher Patienten. Mit der Richtigkeit dieser Aufstellung fällt die Möglichkeit eines therapeutischen wirksamen Eingreifens sowie diejenige der Verantwortlichkeit für homosexuelle Bethätigungen bei solchen Individuen.

Diese Lehre fand in den weit verbreiteten Kreisen Betheiligter eine

ausserordentlich günstige Aufnahme und führte schliesslich zu einem durch die Sachlage keineswegs berechtigten Cultus der Homosexualität. Zahlreiche Patienten des Referenten, bei denen das angeborene Moment in Wirklichkeit gar nicht in Betracht kam, hielten sich für die Opfer, für die automatischen Werkzeuge ihres erblich determinirten sexuellen Trieblebens und fanden in der genannten Lehre ihren Trost sowie die Formel für die Zulässigkeit conträr sexueller Praktiken. Ja diese Gynandromanie ist schliesslich durch speculative Köpfe zu einem besonderen Literaturzweig erhoben, an welchem unter dem Vorwande der Volksaufklärung die unreifsten Früchte entstanden in Form von oberflächlichen Broschüren mit zugkräftigen Titeln und reclamehaft ausgestatteten Büchern! Jene internationale Gemeinde mit ihrem eigenartigen Götzendienst (sie bezeichnet sich selbst als „Keuschheitsliga") hat erst im verflossenen Jahre einen Aufruf „an alle gebildeten und edlen Menschen" erlassen zur Verbreitung von Schriften homosexueller Tendenz, zum Aufgebot des ganzen Apparates einer umfassenden Literatur.

Der von „Wilhelm Erler von Aistoss" unterzeichnete Aufruf [1]) schliesst mit dem Satze: „Jeder Uranide aber ist es seiner Selbstachtung schuldig, dass er nunmehr, nachdem ihm über seinen Zustand und über seine menschenwürdige Lage die gründlichste Aufklärung zu Theil geworden ist, es als seine heiligste Pflicht und Aufgabe ansieht, für seine Befreiung und gesellschaftliche Anerkennung alles daran zu setzen, alles zu thun, was in seinen Kräften steht, was irgend zu thun ihm erlaubt und erreichbar ist."

Fast gleichzeitig erfolgte die Begründung einer deutschen Zeitschrift „Vita sexualis", Zeitschrift zur Erforschung des Geschlechtslebens: dieselbe sollte in leicht fasslicher, populärer Form die anthropologischen, criminellen und hygienischen Seiten des letzteren behandeln, wurde aber sehr bald als „unsittlich" von der Staatsanwaltschaft beanstandet und unter Anklage gestellt. In Folge der Verurtheilung des Redacteurs zog es der Verleger vor, die Zeitschrift eingehen zu lassen.

Als eine weitere Frucht derselben Agitation ist die im Jahre 1897 an die gesetzgebenden Körperschaften des deutschen Reiches gerichtete Petition auf Abänderung des § 175 des Reichsstrafgesetzbuches anzusehen. Wir werden im Verlauf dieser Arbeit Gelegenheit finden, näher hierauf einzugehen. Wenn Verfasser nun auch seine Unterschrift hierzu gegeben hat und die Aufhebung resp. Abänderung des § 175 für wünschenswerth erachtet, so kann er sich doch mit der Begründung der Eingabe keineswegs einverstanden erklären. Es werden nämlich darin die Anschauungen über die bisexuelle Anlage, über das Angeborensein der sexuellen Anomalien als wissenschaftlich nahezu erwiesen und behandelt; es wird ferner darin behauptet, dass die wissenschaftliche Forschung ausnahmslos die Natürlichkeit der Homosexualität im Sinne Schopenhauer's bestätigt habe! Beide Aufstellungen sind unrichtig, worauf auch Verfasser bei Rücksendung der Eingabe aufmerksam gemacht hat. Sie illustriren aber deutlicher noch als

---

[1]) Otto de Youx, Die hellenische Liebe in der Gegenwart. Leipzig 1897. Verlag von Max Spohr.

die sonst angeführten Beispiele, dass die Lehre von dem Angeborensein der Homosexualität zu einer in den Kreisen der Homosexuellen herrschenden Meinung geworden ist; aber auch die neueren Erzeugnisse der wissenschaftlichen Literatur auf diesem Gebiete sind mit wenigen Ausnahmen von dieser Lehre beeinflusst, eine ungebührlich grosse Menge von Papier und Druckerschwärze, eine bedeutende Summe von Gelehrsamkeit und Scharfsinn sind aufgewendet worden, um diese für die Betheiligten so bequeme Anschauung zu vertheidigen und nach jeder Richtung hin zu festigen.

Bei der wissenschaftlichen Bedeutung und praktischen Tragweite der Lehre von den angeborenen sexuellen Anomalien erscheint es thunlich, in der nachfolgenden Literaturzusammenstellung dieselbe als einen der wichtigsten Gesichtspunkte historisch zu verfolgen und an der Hand der einzelnen Arbeiten kritisch zu prüfen.

Indessen kann und soll das nachfolgende Referat nicht den Anspruch auf absolute Vollständigkeit erheben: wollte man den Inhalt aller bezüglichen Werke, alle casuistischen Mittheilungen etc. aufzählen, so würde diese Aufzählung allein ein Werk für sich ausmachen. Uebrigens enthalten auch fast alle grösseren selbstständigen Arbeiten und Monographien ausführliche Literaturnachweise, welche das hier Fehlende ergänzen. Das Referat muss sich also auf die wichtigsten Bearbeitungen beschränken und das besonders, was die ältere Literatur betrifft. Hierüber findet man ausführliches in Moll, „Conträre Sexualempfindung“ 2. Auflage, Berlin 1893 und im 8. Kapitel von des Verfassers: Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes, Stuttgart, Euke. 1892 (Beiträge zur geschlechtlichen Entwickelung der conträren Sexualempfindung im Alterthum), sowie in v. Krafft-Ebing's „Psychopathia sexualis“ (9. Aufl., Stuttgart 1894).

In den älteren umfangreicheren Bearbeitungen der deutschen Literatur über das Wesen der Liebe einschliesslich der geschlechtlichen Verirrungen gehört das Werk von Ramdohr, Venus Urania. Leipzig 1798, 3 Theile. Dasselbe berücksichtigt bereits an der Hand geschichtlicher Notizen das Vorkommen mannmännlicher Liebe als besondere Varietät.

Ebenso finden sich in den grundlegenden Ausführungen von Parent-Duchatelet über „Die Sittenverderbniss (la prostitution) des weiblichen Geschlechtes in Paris“. deutsche Ausgabe. Leipzig 1837, treffende Beobachtungen und Bemerkungen über Tribadie. das Vorkommen derselben und ihre Entwickelung bei Prostituirten. Die Arbeiten von Hössli, Kaan. Brierre de Boismont. Michea übergehen wir unter Hinweis auf die geschichtliche Darstellung bei Moll.

Einen bedeutsamen Wendepunkt für die Entwickelung des Studiums der sexuellen Psychopathologie bedeuten die Veröffentlichungen von Casper 1852—1881. Tardieu 1858 und Ulrichs 1864—69.

Casper widmete in seinen klinischen Novellen zur gerichtlichen Medicin (Berlin 1863) der Lehre von der Päderastie ein besonderes Kapitel, nachdem er bereits 1852 in der von ihm herausgegebenen Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin Mittheilungen über dasselbe Thema gemacht

hatte. Ebenso enthält das später von Liman herausgegebene „Handbuch der gerichtlichen Medicin" Caspers (Berlin 1881) einen besonderen Abschnitt „Streitige widernatürliche Unzucht". Dieser Autor theilte in seinen Novellen die ausführliche Autobiographie eines inveterirten Päderasten mit. Bei ihm und anderen Urningen fiel ihm der weibliche Gesammthabitus, das geckenhaft Herausgeputzte auf. Nach seinen Erfahrungen betrachtet er es als feststehend, dass der Päderast in vielen, vielleicht den meisten Fällen durch einen wunderbaren, dunklen und unerklärlichen eingeborenen Drang sich ausschliesslich zu Individuen des eignen Geschlechts hingezogen fühlt und mit demselben Ekel sich von Weibern abwendet. Nicht die verderbte Phantasie, nicht etwa eine Entsittlichung durch Uebersättigung im naturgemässen Geschlechtsgenuss sind die Ursache dieser Verirrung, sondern der eingeborene Drang, welcher es auch erklärlich macht, warum so viele Päderasten einer mehr platonischen Wollust fröhnen, oder sich durch masturbatorische Reizungen befriedigen, während sie die Befriedigung per anum häufig perhorresciren. In dem Werke „Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes" hat Verfasser bereits darauf hingewiesen, dass das occasionelle Moment in der von Casper als typisches Beispiel für den eingeborenen Drang angeführten Autobiographie eines inveterirten Päderasten nicht gefehlt hat. Denn die erste geschlechtliche Befriedigung wurde für den Betreffenden im Alter von 18 Jahren dadurch herbeigeführt, dass ihn ein unbekannter Herr im Thiergarten (zu Berlin) masturbirte.

Die weiteren Auseinandersetzungen Casper's sind rein forensischer Natur und betreffen die körperlichen Merkzeichen päderastischer Unzucht, sowie casuistische Beiträge.

Im Jahre 1859 erschien die deutsche Ausgabe des Werkes von Ambroise Tardien „Die Vergehen gegen die Sittlichkeit".

Der 3. Abschnitt des Buches behandelt die Päderastie und Sodomie. Des Verfassers Studien beruhen auf mehr als 200 Untersuchungen an Subjecten, welche die mannmännliche Prostitution zu Betrug, Gelderpressung und Raubmorden benützten. Sicherlich handelte es sich hierbei nur zum kleineren Teil um krankhafte Individuen. Er fand in Paris ein „fast unglaubliches Wachsthum der päderastischen Hurerei im Verborgenen und die Ausbildung einer förmlichen Organisation".

Wenn auch Tardien (1858) die verbrecherische Seite des Problems ausführlich erörtert, so finden sich doch auch psychologisch interessante Beobachtungen in seinen Aufzeichnungen. Er erwähnt mehrfach den weiblichen Habitus und die weiblichen Beschäftigungen mancher Urninge. Bei einigen fand man künstliche Blumen, angefangene Häkelarbeiten, Stickereien. Gelegentlich wies auch Tardien hin auf „die angeborene Exceptionalität ihrer geschlechtlichen Neigungen". Von diesem Autor stammt auch die (durchaus nicht bestätigte) Behauptung, dass bei päderastischer Unzucht eine trichterförmige Einsenkung des Afters (anus infundibuliformis) regelmässig vorhanden sei. Casper fand dieselbe nicht ein einziges Mal! Dagegen hat Tardien gewiss recht, wenn er auf die häufig bei solchen Attentaten anzutreffende Erschlaffung des Afterschliessers aufmerksam

macht, sowie auf die incontinentia alvi. Bei passiven Päderasten beobachtete er auch das Einschieben von Fremdkörpern in das Rectum zum Zwecke sexueller Reizung. Den Mittheilungen sind ein Untersuchungsschema für Päderasten und eine Casuistik von 23 Fällen beigefügt.

In der Literatur, sowie in der oben erwähnten Eingabe an den Reichstag wird wiederholt Bezug genommen auf Schopenhauer's Auslassungen über die Päderastie, weswegen wir sie an dieser Stelle berücksichtigen müssen. Dieselben erschienen 1859 als Anhang zu Schopenhauer's „Metaphysik der Geschlechtsliebe". Dieser Philosoph betrachtet die Päderastie als irregeleiteten Instinkt. Nach ihm stellt „die Päderastie an sich betrachtet sich dar als eine nicht blos widernatürliche, sondern auch im höchsten Grade widerwärtige und Abscheu erregende Monstrosität, eine Handlung, auf welche allein eine völlig perverse verschrobene und entartete Menschennatur irgend ein Mal hatte gerathen können!" ... „Und so sehen wir die Päderastie zu allen Zeiten und in allen Ländern auf eine Weise auftreten, die gar weit entfernt ist von der an sich selbst betrachteten (obigen Anschauung). Nämlich die gänzliche Allgemeinheit und beharrliche Unausrottbarkeit der Sorte beweist, dass sie irgendwie aus der menschlichen Natur hervorgeht, da sie nur aus diesem Grunde jederzeit und überall unausbleiblich auftreten kann.... Dieser Vorsicht der Natur zufolge (damit im höheren Alter keine schwächlichen Kinder erzeugt werden) stellt ungefähr in dem von Aristoteles gegebenen Alter (54 Jahre) in der Regel eine päderastische Neigung sich leise und allmählich ein und wird immer deutlicher und entschiedener in dem Maasse, in welchem die Fähigkeit, starke und gesunde Kinder zu erzeugen, abnimmt. . . . Diesem entsprechend finden wir die Päderastie durchgängig als ein Laster alter Männer. . . . Dem eigentlich männlichen Alter ist sie fremd, ja unbegreiflich." Am Schlusse seiner Auseinandersetzung protestirt er gegen die Verläumdung, dass er die Päderastie in Schutz genommen und anempfohlen hätte.

Schopenhauer's Meinung ist unhaltbar, da seine Voraussetzungen irrige sind. Denn wie bekannt, tritt die Homosexualität in den Jahren der Geschlechtsreife (15.—40. Lebensjahr) viel lebhafter auf, als nach dem 40. Jahre; sie wird in verschwindender Seltenheit beobachtet bei älteren Personen, die im besten Alter sexuell normal waren, — und wenn, dann in der Regel nur als Symptom von Gehirnerkrankungen. Hiernach erscheint es zum Mindesten sehr unvorsichtig, in missverständlicher Deutung der Schopenhauer'schen Ausführungen dieselben als Argument für eine Eingabe an den Reichstag zu verwenden.

Das Verdienst, die Aufmerksamkeit weitester Kreise auf das Problem der mannmännlichen Liebe gelenkt und damit auch die wissenschaftliche Discussion darüber angeregt zu haben, gebührt dem hannöverschen Amtsassessor a. D. Karl Heinrich Ulrichs. Mit einem für damalige Verhältnisse unerhörten Muth unternahm dieser selbst conträr sexual empfindende Autor zunächst unter dem Pseudonym „Numa Numantius", später unter seinem wirklichen Namen die Rechtfertigung und Ehrenerklärung der Homosexualität. Er setzte es durch, dass der Verleger seiner Schriften in Anbetracht, dass dieselben nichts der Sittlichkeit Widerstreitendes, sondern nur

eine unverkennbar decent gehaltene Controverse über die mannmännliche Liebe enthielten, von den Gerichten freigesprochen wurde. Damit erreichte er die Zulässigkeit der wissenschaftlichen Discussion dieser Frage.

Uebrigens hatte Ulrichs sich bereits auf anderen Gebieten einen Namen gemacht. So wurde seine Schrift „De foro reconventionis" von der Academie in Göttingen preisgekrönt und ebenso seine Arbeit „De pace Westphalia" in Berlin des academischen Preises für würdig erkannt. — Wie Moll erwähnt, wurde Ulrichs, ein entschiedener Anhänger der Welfen, nach der Annexion von Hannover 1867 aus politischen Gründen verhaftet und in Minden internirt; bei seiner Abführung belegte man seine sämmtlichen Papiere mit Beschlag; unter ihnen befanden sich auch Verzeichnisse von Urningen aus verschiedenen grossen Städten. Die Liste von Berlin enthält 150 Namen; darunter befanden sich auch sehr hochgestellte Personen.

Die Schriften dieses Autors betiteln sich: Forschungen über das Räthsel der mannmännlichen Liebe: Numa Numantius (Karl Heinr. Ulrichs) „Vindex". Social-jurist. Studien über mannmännliche Geschlechtsliebe. Nachweis, dass sie ebensowenig Verfolgung verdient, als die Liebe zu Weibern, dass sie schon nach den bestehenden Gesetzen Deutschlands gesetzlich nicht verfolgt werden kann. Lpz. 1864.

— — „Inclusa". Anthropologische Studien über mannmännliche Geschlechtsliebe. Nachweis, dass einer Classe von männlich gebauten Individuen Geschlechtsliebe zu Männern geschlechtlich angeboren ist. Lpz. 1864.

— — „Vindicta". Kampf für Freiheit von Verfolgung. Criminalistische Ausführungen und legislator. Vorschläge. Forderungen einer Revision der bestehenden Criminalgesetze. Urnische Tageschronik. Lpz. 1865.

— — „Formatrix". Anthropologische Studien über Urnische Liebe. Darstellung der geschlechtlichen Natur der Urninge in ihren Einzelheiten, Schlüssel zum Räthsel des Uranismus und der urnischen Varietäten. Lpz. 1865.

— — „Ara spei". Moralphilos. u. socialphilos. Studien über urn. Liebe. Verhältniss der urnischen Liebe zur Moral, Christenthum und sittl. Weltordnung. Moralische Berechtigung der urnischen Liebe. Urnisches Liebesbündniss. Urnischer Conflict und seine Lösung. Der Liebe Ausnahmestellung in der sittl. Weltordnung. Hoffnung. Lpz. 1865.

— — „Gladius furens". Das Naturräthsel der Urningsliebe und der Irrthum als Gesetzgeber. Eine Provocation an den deutschen Juristentag. Kassel 1868.

— — „Memnon". Die Geschlechtsnatur der mannliebenden Urnings. Körperlich-seelischer Hermaphroditismus. Anima muliebris virili corpore inclusa. Eine naturwissenschaftliche Darstellung. 2 Theile. Schleiz 1868. Titel handschriftl. ergänzt.

— — „Incubus". Urningsliebe und Blutgier. Eine Erörterung über krankhafte Gemüthsaffection und Zurechnungsfähigkeit, veranlasst durch den Berl. Criminalfall v. Zastrow. Mit 15 Fällen verwandter Natur. Lpz. 1869.

— — „Argonauticus". Zastrow und die Urninge des pietist., ultramont. und freidenkenden Lagers. Mit Erörterungen über Blutgier und Zurechnungs-

fähigkeit, kleinen Mittheilungen aus der Urningswelt und den Criminalfällen: Bischof Morell von Edinburg, Graf Czarnecky in Posen, Superintendent Forstner zu Wien. Lpz. 1869.
— — „Kritische Pfeile". Stuttgart 1879.

Die Arbeiten von Ulrichs drehen sich um den Satz „anima muliebris virili corpore inclusa", d. h. Ausprägung des weiblichen Typus namentlich in seelischer Beziehung im männlichen Körper. Derartig empfindende Männer werden vom Autor Urninge genannt, dagegen bezeichnet er normal empfindende männliche Personen als Dioninge, beim weiblichen Geschlecht analog Urninginnen und Dioninginnen (oder Dioninnen). Die psychischen Hermaphroditen, welche mit Männern und Weibern verkehren, heissen Uranodioninge. Hiernach sind gebildet die Begriffe „Uranismus", „Dionäismus" und „Uranodionäismus" (psychisches Zwitterthum). Je nach dem Hervortreten des männlichen oder weiblichen Habitus bei Urningen unterscheidet er die Viriliores = Mannlinge (Uranismus mit männlichem Habitus) von den Muliebriores = Weiblinge (Uranismus mit weiblichem Habitus). Urninge, welche sich zum heterosexuellen Rapport zwingen, z. B. in einer Ehe, werden als virilisirte Mannlinge und Männer, welche faute de mieux (z. B. bei Weibermangel, in Gefängnissen etc.) mit Männern sexuell verkehren, als uranisirte Männer bezeichnet oder als „Urianaster".

Die 20 Jahre später von Chevalier und v. Krafft-Ebing wieder aufgenommene und wissenschaftlich vertretene Theorie von der ursprünglich bisexuellen Veranlagung der menschlichen Geschlechtsdrüsen im Embryo und einer pathologisch partiellen Entwickelung von Theilen, die der dem eigentlich ausgebildeten Geschlecht entgegengesetzten latenten verkümmerten Hälfte entsprechen (also männliche Charactere beim Weib etc.) wurde schon von Ulrichs zur Erklärung des geborenen Urnings in allen Hauptpunkten ausführlich erörtert. Er sagt darüber: „In jedem Embryo schlummert bis etwa zur zwölften Woche seines Daseins ein doppelter geschlechtlicher Keim, ein männlicher und zugleich weiblicher. Ein und derselbe Keim entwickelt und gestaltet sich unter den bildenden Händen der Natur entweder zu männlichen oder zu weiblichen Geschlechtstheilen. Im nachmaligen Dioning entwickelt sich der Keim der Geschlechtsliebe in männlicher Richtung, correspondirend mit der Entwickelung, die der Keim der Geschlechtstheile nimmt, im nachmaligen Urning der im Embryo schlummernde Keim der Geschlechtsliebe in weiblicher Richtung, nicht correspondirend mit der Entwickelung, die der Keim der Geschlechtstheile nimmt etc."

Er behauptet dann ferner, dass bei jeder Gelegenheit das weibliche Element im Urninge hervortrete, dass die männlichen Manieren künstlich anerzogen seien. „Den Mann spielen wir. Wir spielen ihn, wie auf dem Theater Weiber ihn spielen, oder wie der in Paris aufgewachsene Deutsche den Franzosen spielt oder der in Deutschland aufgewachsene Jude den Deutschen. . . ."

Das weibliche Element tritt äusserlich erkennbar hervor in der Art unseres Auftretens vor Menschen, im geselligen Benehmen, in Manieren, in Mienen und

Gebärden, in Gesten, fast in jeder Bewegung der Gliedmaassen, der Arme, Hände, im Lachen, Lächeln etc. Uns ist eigen eine gewisse Weichheit des Characters, ein gewisser empfindungsvoller Zug des Gemüths. Zu der Art, wie wir Freude, Schmerz, Mitleid, Rührung kundgeben, ist diese Weichheit erkennbar. Der Urning zeigt schon in der Kindheit einen ganz unverkennbaren Hang zu mädchenhaften Beschäftigungen, zum Umgang mit Mädchen, zum Spielen mit Mädchenspielzeug, namentlich auch mit Puppen. Solches Kind zeigt Wohlgefallen am Nähen, Stricken, Häkeln, an den weich und sanft anzufühlenden Kleidern der Mädchen, die es am liebsten selber tragen möchte, an farbigen seidenen Bändern und Tüchern. Den Umgang mit Knaben scheut es, das Steckenpferd ist ihm gleichgiltig; am Soldatenspielen, dem liebsten Zeitvertreib der Knaben, hat es keinen Gefallen. Es flieht der Knaben Raufereien, deren Schneeballwerfen etc." Diesen weiblichen Habitus sah Ulrich bei allen Urningen sich wiederholen, wenn auch variirend in einzelnen Zügen.

Auch die Idealität der urnischen Liebe betont dieser geistreiche Autor, ihre Innigkeit, ihren Edelsinn, ihren Opfermuth; in ihrer Hingebung steht sie der weiblichen Liebe näher, als der männlichen.

Er betont ferner schon die von frühester Jugend an bestehende Hinneigung zum eignen Geschlecht. Von der Pubertät an „gewähren uns alle Berührungen mit einem jungen Manne wundersamen Genuss". (So Händedruck, Liebkosungen, Kuss etc.) „Dagegen lässt uns selbst das blühendste schöne Mädchen kalt. . . . Zeigt der Traum uns Liebesbilder, so gaukelt er uns männliche, niemals weibliche Gestalten vor. Schon unser erster Liebestraum bildete eine männliche Gestalt. Schon dieser eine Punkt beweist, dass uns die urnische Liebe angeboren sei."

Wie man aus den vorstehenden Darlegungen ersieht, hat Ulrichs schon 1—2 Jahrzehnte vor der wissenschaftlichen Bearbeitung der vita sexualis durch v. Krafft-Ebing die wichtigsten Argumente für das Angeborensein der conträren Sexualempfindung erkannt und ausführlichst erörtert. Allerdings hielt er — worauf auch mit Recht v. Krafft-Ebing aufmerksam macht — die Umkehrung der Geschlechtsempfindung für eine physiologische Erscheinung, für anormal, aber nicht für krankhaft; er studirte sie ohne Rücksicht auf sonst etwa vorhandene neuropsychische Krankheitssymptome, auf Erziehung und occasionelle Schädlichkeiten und ohne Hinblick auf etwa bestehende erbliche Belastung. Schliesslich verlangte er die staatliche und sociale Anerkennung der urnischen Geschlechtsliebe und die Gestattung der Ehe unter Urningen. Zu diesem Zweck verlas er am 29. August 1867 zu München im grossen Saal des Odeons vor einer Versammlung von mehr als 500 Juristen einen Antrag auf Abschaffung der gesetzlichen Strafbestimmungen für mannmännlichen Geschlechtsverkehr (nachdem er schon 1865 in Verbindung mit Prof. Tewes auf dem deutschen Juristentage in Graz dasselbe angestrebt hatte). Man liess indessen die Sache nicht zur Verhandlung kommen, um keinen Anstoss zu erregen.

Der um seine Schicksalsgenossen unermüdlich bestrebte und mit unerhörter Kühnheit auftretende Autor zog sich später nach Italien zurück und

giebt seit 1889 eine seinen Zwecken dienende lateinisch geschriebene Zeitschrift: „il periodico latino" heraus (v. Krafft-Ebing). Die Schriften dieses Vorkämpfers der heutigen Forschungen über das sexuelle Problem haben fast ein Jahrzehnt die wissenschaftliche Discussion und öffentliche Meinung in dieser Sache beherrscht. Aber auch selbst die ganze neuere wissenschaftliche Literatur — soweit sie das Angeborensein der conträren Sexualempfindung behauptet, — bildet nur eine directe Fortsetzung, eine Ergänzung oder Wiederholung der Meinungen genannten Schriftstellers. So zeigt also die ganze neuere Literatur über die Psychopathia sexualis, welche ja grossentheils sich auf die durch Ulrichs Schriften beeinflussten Autobiographien der Urninge stützt, Spuren der Fortwirkung seiner Theorie des Uranismus. Wenn die von ihr ausgehende Anregung für die Wissenschaft auch hoch anerkannt werden muss, so haben doch die Aufstellungen dieses Verfassers die Rolle eines Suggestivfactors gespielt und die unbefangene Prüfung der Krankengeschichten unmerklich verschoben und verfälscht.

Unter den gegen Ulrichs erschienenen Schriften möge hier das Paradoxon der Venus Urania (Würzburg 1869) aus der Feder eines Anonymus erwähnt sein. Die dualistische Auffassung des Verhältnisses von Körper und Seele (anima muliebris inclusa virili corpore), Ulrichs ziffermässige Schätzungen der in Deutschland lebenden Urninge werden von dem Autor des Paradoxon als unrichtig gekennzeichnet. Ferner weist derselbe auf die wichtige Rolle von Beispiel und Verführung für das Zustandekommen der Geschlechtsverirrungen hin, ohne aber dabei zu bezweifeln, dass es Fälle geben möge, in denen eine angeborene Neigung zur mannmännlichen Liebe mit voller subjectiver Ueberzeugungskraft behauptet und auf die innere untrügliche Stimme eines horror congenitus vor dem weiblichen Geschlecht bezogen wird.

Die behauptete Unüberwindlichkeit des horror feminae wird angezweifelt, die Homosexualität als eine Ausnahme von der Regel, als ein durch falsche unzureichende Motive bei schwachen Willen irregeleiteter Geschlechtstrieb betrachtet, der allerdings durch fortwährende Nahrung mit äusseren und inneren begünstigenden Momenten, wie jede Gewohnheit, zur zweiten Natur werden kann. „Die Wurzeln einer solchen Irreleitung werden allerdings in den seltensten Fällen nachweisbar sein; sie laufen mit ihren zartesten Fasern in alle die längst schon vergessenen Eindrücke aus, denen der Mensch seit frühester Kindheit ausgesetzt war und so wird es nicht schwer zu begreifen sein, wie es kommen mag, dass jemand sich hoch und theuer verschwört, nur der inneren Stimme angeborener Natur zu gehorchen, wo es im Grunde nur auf diejenige der gewordenen zweiten Natur hören will." Die zur Gewohnheit gewordenen Anomalien und Verirrungen des Geschlechtstriebes sind nach dem Verfasser tausendfältig und oft handelt es sich nur um die Folgen unverbesserlicher Masturbation. Ferner vertritt dieser Gegner von Ulrichs den Standpunkt, dass die Ausschreitungen der Päderastie mit der staatlichen Ordnung unvereinbar und daher zu bekämpfen seien — wenigstens soweit sie in einer Form auftreten, die mit dem allgemeinen Besten sich nicht vereinigt. Aber der Anonymus will auch nicht zu scharf schneiden und nach seiner Meinung soll man, wo freies Uebereinnar

kommen zwischen Männern besteht, ihnen ihren Geschmack lassen, um dadurch wenigstens die Vermeidung des Skandals zu erreichen. Die sachlichen Argumente dieser Entgegnung erscheinen durchaus stichhaltig, wenn sie auch durch die Nichtberücksichtigung des Pathologischen unvollständig geblieben sind. Sie können als vielleicht wenig bekannte Vorläufer gelten der Richtung, die in der Auffassung der sexuellen Anomalien durch Binet, Meynert, Kraepelin, Sioli, Friedmann und den Verfasser dieses Referates vertreten wird.

Es ist immerhin eine interessante historische Thatsache, dass bereits 10—15 Jahre bevor die Wissenschaft sich eingehender mit dem Problem der sexuellen Anomalien befasste, schon die Hauptgesichtspunkte in der Literatur vorhanden waren, welche heute noch die Discussion beherrschen.

(Fortsetzung folgt.)

Referate und Besprechungen.

Albert Moll, Das nervöse Weib. Berlin, F. Fontane & Co. 1898. 226 S.

Ein populär-wissenschaftliches Werk. Klar und allgemein verständlich sowie äusserst anregend und unterhaltend geschrieben, behandelt es in erschöpfender Weise das Wesen, die Ursachen, die körperlichen und seelischen Symptome sowie die Verhütung und Behandlung der Nervosität, wie sie beim weiblichen Geschlecht auftritt und sich trotz der Gleichartigkeit des Leidens bei Männern doch in vielen Beziehungen wieder eigenartig gestaltet. Der in Laienkreisen noch völlig unklare Begriff „Nervosität" wird gesichtet und in seinen Theilen abgegrenzt; das Wesen der Suggestion und Autosuggestion überzeugend dargelegt. Die Unklarheit der Kranken über Ursache und Symptome, der Hang zum Mystischen und die dadurch bedingte Inanspruchnahme von Kurpfuschern etc., aber auch die Specialistensucht sowie die Bequemlichkeit mancher Aerzte, die Alles mitthun, ohne der Sache einmal auf den Grund zu gehen, findet an verschiedenen Stellen eine grelle Beleuchtung. Das Werk des bekannten Schriftstellers, in welchem eigene Gedanken und Erfahrungen in reichem Maasse niedergelegt sind, wird seinen Zweck, aufklärend und dadurch heilbringend für weite Kreise zu wirken, nicht verfehlen.

Sjöström-Köln.

Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. 6. vermehrte und verbesserte Auflage. Stuttgart. Encke 1897.

Das Lehrbuch Krafft-Ebing's hat nie einen extremen Standpunkt eingenommen. Eine klare Schilderung klinischer Beobachtungen unter möglichster Vermeidung theoretischer Erörterungen, aber doch unter Berücksichtigung unserer hirnanatomischen und hirnphysiologischen Kenntnisse: das war der Character der früheren Auflagen des Lehrbuches unseres Wiener Mitarbeiters. Entsprechend diesem Character hat die neue Auflage nicht nach Kraepelin'schem Muster eine gänzliche Umgestaltung erfahren oder principielle Aenderungen zu bringen nöthig gehabt.

An Aenderungen, die den Leser dieser Ztschr. speciell interessiren, sei hervorgehoben, dass Verf. in der neuen Auflage der hypnotischen Suggestivbehandlung eine besondere Besprechung widmet. „Angesichts der Mangelhaftigkeit der Erfolge

der Wachsuggestion bei psychischen Kranken", so führt Verf. aus, „und der oft eminenten Wirksamkeit, welche die sog. hypnotische Therapie bei Neurosen aufweist, lag es nahe, dieses stärkste Mittel psychischer Behandlungsweise auch bei psychisch Kranken in Anwendung zu ziehen." Theoretisch war da aber von vorn herein zu erwarten, dass Erfolg hypnotisch-suggestiver Behandlung nur bei sogen. functionellen Psychosen und zwar auch nur bei solchen Kranken eintreten würde, bei welchen Krankheitsbewusstsein vorhanden ist und die psychologische Eignung zu Hypnosen überhaupt besteht. Der thatsächliche Erfolg entspricht den theoretischen Voraussetzungen. Erfolge wurden erzielt: bei Melancholia sine delirio, Wahnsinn, besonders alkoholischem und hysterischem, wie hysterischen Psychosen überhaupt, bei chronischen Intoxicationen, namentlich bei Alcoholismus und Morphinismus; besonders bemerkenswerth sind die Leistungen hypnotischer Therapie gegenüber Dipsomanie, conträrer Sexualempfindung (v. Schrenck-Notzing). Auch die Folie du doute lässt sich oft günstig beeinflussen. Symptomatisch sind krankhafte Triebrichtungen besonders sexuelle, alkoholische, Morphium- und Cocaïnhunger Angriffspunkte für Suggestivbehandlung, ebenso Agrypnie, Anorexie, Obstipation, Neuralgie."

Im Uebrigen sei noch — heutzutage wirklich ein Verdienst! — hervorgehoben dass Verf. vom suggestiven Bann Flechsig'scher Phantasien frei geblieben ist, wie Verf. denn überhaupt wiederholt betont, dass der klinischen Beobachtung in der Psychiatrie die Führerrolle zukommt!

Der neuen Auflage wird nicht die Aufnahme versagt bleiben, die ihren Vorgängerinnen zu Theil wurde. O. Vogt.

L. Löwenfeld, Zur Lehre von den neurotischen Angstzuständen. Münchener Medicinische Wochenschrift, Nr. 24 und 25. 1897.

Verf., der schon vor 15 Jahren sich in derselben Zeitschrift mit Besprechung der Gruppe der Phobieen, die im Gegensatz zu den psychotischen als neurotische bezeichnet werden, beschäftigt hat, nimmt dasselbe Thema, weil — wie er selbst hervorhebt — sich inzwischen wichtige Wandlungen in der Lehre von den Angstzuständen angebahnt und seine persönlichen Erfahrungen ihn auch in mehrfacher Hinsicht zu einer Aenderung seiner früheren Ansicht genöthigt haben, wieder auf.

Beard's Auffassung der Phobieen als Symptome der Neurasthenie ist nicht mehr für alle Fälle aufrecht zu erhalten; ebensowenig die völlige Absonderung von dem Gesammtbegriffe der Neurasthenie und Zusammenfassung zu einer eigenen Neurose, der „Angstneurose", wie es Freud gethan hat, ausgehend von der Idee, dass sie stets auf eine einheitliche und specifische sexuelle Verursachung — Aufspeicherung somatischer Sexual-Erregung, Ablenkung vom Psychischen und subcorticale Entladung derselben — zurückzuführen seien. Diese Theorie ist nach Ansicht des Verf. ebensowenig zur Erklärung der spontanen Angstanfälle wie der Angst der Phobieen geeignet. Auf Grund der Localisationslehre ist anzunehmen, dass bei den Angstzuständen andere Gehirnregionen betheiligt sind als bei den der Sexualsphäre angehörigen psychischen Vorgängen, wenn sie auch offenbar in enger Verbindung zu einander stehen, weshalb sexuelle Excesse durch Herbeiführung einer reizbaren Schwäche oder Erschöpfung in den sexuellen Rindencentren, die bei den Angstzuständen betheiligten corticalen und subcorticalen Apparate in gleicher Weise in Mitleidenschaft ziehen können, während diese bei jenen Noxen,

welche in Folge Mangels einer physiologischen Entladung eine abnorme Spannung im Bereiche der sexuellen Rindencentren bedingen, andauernd oder periodisch in den Zustand gesteigerter Erregbarkeit versetzt werden. Ausserdem ist anzunehmen, dass die genannten Schädlichkeiten auch directer — durch allgemeine nervöse Erschöpfung oder, wenn die beim Angstvorgange in Frage kommenden Centren aus anderer Ursache zu einem locus minoris resistentiae geworden sind, auch ohne eine solche — auf diese wirken können. Die subcorticale Verausgabung der Sexualerregung nach Freud lässt Verf. für die Fälle von Abstinenz mit gesunkener Libido gelten, wenn er auch für die Mehrzahl die Verminderung dieser nicht lediglich auf Ablenkung der in normaler Weise producirten Sexualerregung vom Psychischen, sondern auf verminderte Production von Sexualerregung überhaupt zurückführt.

Uebrigens sind sexuelle Noxen nur selten die ausschliessliche Ursache von Angstzuständen; meist besteht daneben hereditäre Belastung, häufig noch ein anderes ätiologisches Moment, während sexuelle Schädlichkeiten überhaupt nicht in allen Fällen vorhanden zu sein brauchen. Die hereditäre Disposition spielt jedenfalls die weitaus grösste Rolle (sie beziffert sich nach der Statistik des Verf. auf ca. 85%), doch fungirt auch sie nur selten als alleinige Ursache. In der Regel gehören dazu noch essentielle Ursachen, welche in einer Reihe somatischer und psychischer Schädlichkeiten bestehen, und wovon unter ersteren die sexuellen, unter letzteren die emotionellen Noxen bei Weitem prävaliren. Endlich kommen noch als weitere Factoren accessorische Ursachen und auslösende Momente hinzu, welche die Auslösung des Angstanfalles begünstigen bezw. unmittelbar nach sich ziehen.

Nachdem Verf. im zweiten Theile seiner Arbeit sich mit der Symptomatologie der Angstzustände befasst und besonders die Aequivalente des Angstanfalles ohne Angstgefühl sowie den chronischen Zustand der „Aengstlichkeit“ besprochen, wendet er sich der nosologischen Stellung der Angstzustände und speciell ihrer Stellung zur Neurasthenie zu. Er theilt die Mehrzahl der Phobieen der Neurasthenie und anderen Neurosen zu, sondert aber eine Reihe von Fällen, in welchen „die Angstphänomene isolirt bestehen oder nur mit Erscheinungen vergesellschaftet sind, welche in das Gebiet der Nervosität oder der hereditären psychopathischen Minderwerthigkeiten gehören“ als Angstneurose sui generis ab, ohne die engen Beziehungen dieser selbstständigen Neurose zu den neurasthenischen Angstzuständen und zur Neurasthenie überhaupt in klinischer wie ätiologischer Hinsicht zu verkennen.

Was die Therapie betrifft, so wird man ausser causaler Behandlung (vita sexualis, Abusus etc.), die im Ganzen keine allzugrosse Rolle spielt, einer directen Behandlung des Zustandes in der Regel nicht entrathen können, wobei der psychischen jedenfalls eine wesentlich grössere Bedeutung als irgend einer somatischen zukommt. — Auch Ref. erzielte vorzügliche Erfolge bei verschiedenen Formen der Phobieen mittelst hypnotisch-suggestiver Behandlung. Sjöström-Köln.

R. v. Krafft-Ebing. Gutachten über die Berechtigung des spiritistischen Vereins in ... zur Anwendung des Hypnotismus. (Arb. a. d. Gesammtgebiet der Psych. und Neuropathol.) Bd. 2, Leipzig. 1897. Barth.

Der Vorsitzende des Vereins hat eine an Paranoia leidende Frau wegen Schlaflosigkeit sechs Monate lang wöchentlich drei Mal in den Vereinssitzungen

hypnotisirt. Der Zustand der Frau verschlimmerte sich, es trat eine Steigerung der Zahl und Intensität der Wahnideen und heftige Erregung auf. Es erfolgte Anzeige, Einleitung des Strafverfahrens und Auflösung des Vereins. In Folge des Recurses und der Petitionen des Vereins wurde das Gutachten des obersten Sanitätsrathes eingeholt. Das Gutachten räth der Regierung lebhaft zur Auflösung des Vereins, indem es auf das gesundheitsgefährliche Treiben desselben hinweist, da die Zeugenaussagen darauf schliessen lassen, dass es sich in den Séancen meist um die künstliche Hervorrufung von hysterischen Dämmerzuständen handelt.

Tecklenburg-Lindenhof-Coswig.

v. Krafft-Ebing, Gutachten des k. k. obersten Sanitätsrathes bezüglich der gesetzlichen Regelung des Hypnotismus in Oesterreich. (Arbeiten aus d. Gesammtgebiet der Psych. und Neuropathologie. Heft 2.) Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1897.[1])

Den ersten Anlass, sich mit dem Hypnotismus zu befassen, bot der österreichischen Staatsregierung das Auftreten Messmer's in Wien, der 1778 landesverwiesen wurde. Im Jahre 1794 gab die medicinische Facultät ein Gutachten ab über die Behandlungsweise eines Arztes Scherr, auf Grund dessen Scherr das Einschläfern als Gaukelei verboten wurde. 1795 wurden alle öffentlichen hypnotischen Schaustellungen in Gesellschaften verboten, dagegen den Kranken freigestellt, sich zu Heilzwecken von einem Arzte „biomagnetisch" behandeln zu lassen. Die letzte Verordnung kam 1845 heraus. Auf ihr fusst der § 343 des Str.-G. vom Jahre 1852, dass sich derjenige einer Uebertretung schuldig macht, der „ohne gesetzliche Berechtigung zur Behandlung von Kranken als Heil- oder Wundarzt sich mit der Anwendung von animalischem oder Lebensmagnetismus befasst".

Der Verf. kritisirt das Hofkanzlei-Decret vom Jahre 1845 und knüpft daran seine gutachtlichen Vorschläge, die etwa in Folgendem gipfeln. Die Vornahme hypnotischer Curen ist nur den an inländischen Universitäten promovirten Aerzten zu gestatten, allen Nichtärzten dagegen zu verbieten. Die Bestimmungen, dass der hypnotisirende Arzt an die Sanitätsbehörde Anzeige zu erstatten habe, über die Cur selbst ein Tagebuch führen müsse, dass die Polizeiärzte wieder den Polizei-

---

[1]) Die Sammlung enthält:
1. Die Aetiologie der progressiven Paralyse.
2. Ueber Vortäuschungen organischer Erkrankungen des Nervensystems durch Hysterie. (Wird noch besprochen werden.)
3. Zur Athetosis bilateralis.
4. Varia.
Gutachten des k. k. obersten Sanitätsrathes bezüglich der gesetzlichen Regelung des Hypnotismus in Oesterreich.
Gutachten über die Berechtigung des spiritistischen Vereins in .... zur Anwendung des Hypnotismus. (Siehe oben!)
Zur Verwerthung der Suggestionstherapie bei Psychosen und Neurosen.
Zur Suggestivbehandlung der Hysteria gravis.
Ueber Paraldehyd-Gebrauch und Missbrauch, nebst einem Fall von Paraldehyddelirium.
Ein Fall von Paraplegia brachialis.
Ueber Drucklähmung von Armnerven durch Krückengebrauch.
Eine Diagnose auf Tumor in der Grosshirnschenkel-Haubenbahn.
Zur Kenntniss der primären Rückenmarksblutung.

directionen etc. zu berichten hätten über hypnotisirende Aerzte und ihre Wahrnehmungen bezüglich der Erfolge derselben, sollen fortfallen, da sie eine zwecklose Belästigung für Aerzte und Behörden sind.

Die Verordnungen über die Ordination von Somnambulen, den Verkehr der Aerzte mit ihnen, die Vornahme von Versuchen an ihnen, fussen zum grossen Theil auf falschen Anschauungen, entsprechen dem heutigen Stand der Frage nicht mehr und sind deshalb aufzugeben. Dagegen aber ist in anderer Form eine Bestimmung zu treffen, die das Auftreten von Somnambulen zu Heilzwecken verbietet. Den Verkehr von Aerzten mit solchen Schwindlern zu Geschäftszwecken zu verhindern, ist Aufgabe der Aerztekammer. Ebenso sind Verbote der öffentlichen hypnotischen Versammlungen und Schaustellungen aufrecht zu erhalten, natürlich mit Ausnahme der klinischen Vorstellungen. Verf. spricht sich schliesslich noch gegen die Aufnahme einer Bestimmung aus, die z. B. in Ungarn eingeführt ist und dem Arzt die Verpflichtung auferlegt, eine hypnotische Behandlung nur in Gegenwart von Zeugen vorzunehmen. Tecklenburg-Lindenhof-Coswig.

J. Ochorowicz, Magnetismus und Hypnotismus. Leipzig, Osw. Mutze, 1897.

Die Anschauungen Messmer's, Charcot's und Bernheim's werden uns in bunter Reihenfolge aufgetischt. Im Uebrigen steht Verf., wenn er auch Allen mehr oder weniger Recht giebt, auf dem nicht zum Wenigsten durch die Verdienste dieses letzten grossen Gelehrten glücklich überwundenen Standpunkte der „Magnetiseure" und trägt das Seine dazu bei, die Geister, welche andere aufzuklären sich bemüht haben, nach Kräften zu verwirren. Manche interessanten und wohl weniger bekannten geschichtlichen Einzelheiten aus dem Leben Messmer's und seiner Anhänger sind das einzig Lobenswerthe an der Arbeit. Sjöström-Köln.

v. Schrenck-Notzing, Suggestion, Suggestivtherapie. psychische Behandlung. Encyclopädische Jahrbücher. Bd. VII. 1897.

Es liegt ein neuer Literaturbericht aus der Feder unseres Münchener Mitarbeiters vor. Er enthält einen Nachtrag zum vorjährigen Jahresbericht und ferner die Literatur aus dem Jahre 1896/97. Im Nachtrag sind eine Reihe von Arbeiten besprochen, die zu einer Zeit erschienen. wo Ref. diese Ztschr. noch nicht redigirte und die daher hier unberücksichtigt geblieben sind. Wenn dann weiter auch die Literatur aus den Jahren 1896 und 1897, soweit sie noch nicht an diesem Orte berücksichtigt ist, noch zur Besprechung kommen wird, so bleibt doch die vorliegende Literaturzusammenstellung wegen einer Reihe persönlicher Bemerkungen interessant. Leider sind aber viele Druckfehler stehen geblieben. O. Vogt.

Ueber suggestive Hauterscheinungen.

Von

Prof. Dr. A. Forel.

In einigen Aufsätzen wendet sich Dr. v. Schrenck-Notzing gegen die Beweiskraft der bisher gemachten Experimente über Erzeugung von Brandblasen, Quaddeln und dergl. durch Suggestion. Es ist ganz gut, dass diese Frage zur Sprache kommt, denn es ist nicht zu leugnen, dass sie unbedingt weiterer experimentellen Beweise bedarf, um als gelöst angesehen zu werden.

Doch wird mir Herr Dr. v. Schrenck zugeben, dass die Lösung durch sorgfältige Experimente viel schneller und sicherer als durch theoretische Discussionen gelöst werden wird. Leider haben mir hierzu Zeit und Gelegenheit gefehlt, und muss ich mich für heute auf folgende Bemerkungen beschränken.

1. Herr Dr. v. Schrenck hat offenbar das schönste und beweiskräftigste Experiment, dasjenige Wetterstrand's, übersehen. Ich bin nämlich durch die Güte von Dr. Wetterstrand im Besitze der Photographie einer Hand, auf welcher zwei schöne Brandblasen, die eine frisch, die andere bereits welk, zu sehen sind und unter welcher Wetterstrand Folgendes geschrieben hat:

Photographie

„Zwei Brandblasen durch Suggestion im Somnambulismus entstanden, die eine auf der Mitte der Hand 7. Oct. 1890, die andere auf der Daumenseite 14. Oct. suggerirt und 15. Oct. photographirt. Beide Brandblasen entstanden 6 Stunden nach erhaltener Suggestion und das Object wurde die ganze Zeit genau controlirt und überwacht."

„19jähr. Jüngling, der seit seinem 10. Jahr an Epilepsie litt."

„Die Anfälle sind seit 15. Juli 1889 bis zum Tage der Zuschrift Wetterstrand's (14. Dec. 1890) ausgeblieben."

„Der Fall ist in Wetterstrand's Arbeit: Der Hypnotismus, Wien und Leipzig 1891, p. 31 beschrieben."

Diesem Fall gegenüber fallen zunächst alle Einwände v. Schrenck's weg ausser einem, nämlich dass ein Fall noch zu wenig ist.

2. Dermographismus. Ich muss hier den Einwand, den v. Schrenck meiner von Moll erwähnten Beobachtung gegenüber macht, theilweise anerkennen, obwohl noch zu erklären bleibt, warum die Quaddel nur auf der suggerirten Seite auftrat.

Aber was ist der Dermographismus?

Warum tritt er nur bei gewissen Menschen auf? Ist diese Hauterscheinung wirklich der Haut zuzuschreiben?

Ihre Verwandtschaft mit der Urticaria wird v. Schrenck nicht leugnen. Warum bekommt aber der Mensch Urticaria ein Mal nach Krebs- oder Erdbeerengenuss, ein Mal nach der Einwirkung eines Luftzuges (ich selbst z. B.), ein Mal durch mechanische oder nervöse Reize?

Es kann doch die Ursache dieser sonderbaren und doch so verbreiteten Erscheinung nicht in der Thätigkeit der Zellen des Rete Malpighii oder dergl. liegen. Nur eine Wirkung des Nervensystems kann erklären, wie so verschiedene Reize von anderen Körperstellen aus solche vergängliche Quaddeln erzeugen können.

Kann man nicht wenigstens denken, dass diese Nervenwirkungen mit Suggestionswirkungen verwandt seien?

Manches spricht dafür und wenig dagegen, denn an der Irradiation der Suggestionswirkungen in die Thätigkeit des Sympathicus ist doch nicht zu zweifeln.

3. Letzteres wird durch die Hemmung und Hervorrufung der Menstruation, des Nasenblutens, der Schweisssecretion und dergl. mehr durch Suggestion, ebenso durch die suggestive Heilung der Stuhlverstopfung unwiderleglich erwiesen. Und diese Thatsachen leugnet unseres Wissens Herr Dr. v. Schrenck nicht; sie stehen auch so fest, dass der Standpunkt der Negation nicht mehr haltbar wäre.

4. Am allerwenigsten kann ich mich über die suggestive Entstehung der Blutstigmata wundern. Ich habe selbst einen Kranken mit spontanen Ohrenblutungen gesehen. Er hatte an den Ohren eine sehr feine Haut und entartete geschlängelte Gefässe. Wenn er eine vasomotorische Lähmung des betreffenden Gefässbezirkes bekam, gab es oft Bluts-

tropfen. Beim Stechen der Hände von Hypnotisirten, um dieselben auf Anästhesie zu prüfen, habe ich Gelegenheit gehabt, die ungeheure individuelle Variabilität zu beobachten, welche die Menschen bezüglich Neigung zur Blutung zeigen. Die einen bluten bei tiefen Stichen nicht, während andere regelmässig beim kleinsten schwächsten Stich zu bluten beginnen. Wenn man die betreffenden Fälle ins Auge fasst, braucht man sich über blutende Stigmata nicht mehr zu wundern. Starke vasomotorische Suggestibilität bei zarter Haut und Gefässentartung oder Gefässbrüchigkeit muss geradezu genügen, um bei allerleisester, ja minimaler Hautkratzung, sogar eventuell ohne solche, blutende Stigmata zu erzeugen. Die vorstehenden Bemerkungen sollen keineswegs die principielle Berechtigung von v. Schrenck's Kritik bekämpfen, sondern nur das durch weitere Experimente noch Festzustellende und das bereits Feststehende näher präcisiren.

Am nöthigsten scheint es mir die Erzeugung von Transsudaten (sog. Brandblasen) durch suggestive, resp. nervös-centrale Wirkung, eventuell die Bedingungen ihres Eintretens festzustellen.

Rasches Weisswerden der Haare und schwarzer Nachwuchs.

Von

Prof. Dr A. Forel.

Frl. D., 48 Jahre alt, am 29. März 1897 in die Anstalt Burghölzli aufgenommen, musste 2 Jahre vorher, 1895, während 5 Monaten eine schwer nervenkranke Schwester pflegen. Sie rieb sich bei der sehr schweren und auch körperlich anstrengenden Pflege auf, war auch gemüthlich krank und angegriffen und bekam darauf in sehr kurzer Zeit schneeweisse Haare mit theilweisem Ausfall. Seither sehr gedrückt, mit melancholischen Anwandlungen. Erst kurz vor der Aufnahme (März 1897) wurde sie schwer geisteskrank. Sie litt und leidet noch an grosser depressiver Aufregung mit totaler Perturbatio mentis, beständigem Genitalreiz, Angst und unaufhörlicher Unruhe: ist ganz desorientirt. Beim Eintritt in die Anstalt waren ihre Haare schneeweiss und nicht dicht. Seit einigen Monaten nun fing die Kranke an, an Körpergewicht zuzunehmen. Zugleich bekam sie einen ziemlich üppigen dunkelbraunen Haarwuchs. Es sieht beim ersten Anblick so aus, als ob ihr Haarwuchs braunschwarz mit weissen Zipfeln oder Spitzen wäre.

Doch ist dies eine optische Täuschung. Fasst man die weissen Haarspitzen fest zusammen und verfolgt man sie bis zur Wurzel, so bleiben sie stets bis zu derselben weiss.

Die Illusion kommt einfach daher, dass der schwarzbraune Nachwuchs noch kürzer ist, als die bleibenden weissen Haare.

Das Haar wird von Woche zu Woche dunkler: die weissen Haare fallen offenbar nach und nach aus und werden durch dunkle ersetzt.

Ich vermuthe, dass die Kranke wieder allmählich ganz oder nahezu ganz dunkelhaarig werden wird. Ihre Geistesstörung zeigt leider dabei eher eine Tendenz zur secundären Fixirung als zur Heilung.

So bekannt das oft rapide Weisswerden der Haare in Folge von Krankheiten oder Gemüthseindrücken ist, so selten und (mir wenigstens noch) unbekannt erscheint das Nachwachsen dunkler Haare.

Die beiden merkwürdigen Processe traten hier beide Male zweifellos als Folge veränderter Hirnzustände (das Weisswerden wie der schwarze Nachwuchs) auf.

Der Fall lässt noch eine nicht ganz unmögliche Deutung zu, es wären früher die weissen Haare übersehen worden, weil mit vielen schwarzen vermischt. Letztere wären allein ausgefallen und die weissen geblieben, was ein rasches Weisswerden zur Folge gehabt hätte. Und nun würden jetzt die schwarzen nachwachsen.

Es sei dem wie es wolle, man wird mich fragen: „Was hat dieser Fall in der Zeitschrift für Hypnotismus zu thun?“

Darauf erwiedere ich:

Nach meiner innigsten Ueberzeugung sind alle dynamischen Einwirkungen des cerebrospinalen Centralnervensystems auf nicht nervöse Gewebe des Körpers, insofern es sich nicht um die willkürliche Innervation der gestreiften Muskeln handelt, mit den Suggestionswirkungen in ihrem Mechanismus mehr oder weniger verwandt.

Ein Characteristicum der Suggestionswirkung, neben der erfolgten Dissociation ist, dass sie das Subject überrascht, ihm fremd, von seinem Willen, von seinem Bewusstsein unabhängig erscheint. Es merkt zwar oft die Veranlassung, beobachtet auch den Effect, fühlt aber nicht und begreift noch weniger, welcher Mechanismus in seiner Person diesen Effect hervorruft.

Der Mechanismus der Suggestionswirkung bleibt unbewusst, unwillkürlich, das ist aber eben das gemeinsame Merkmal dieses Mechanismus mit allen den dunkeln Dingen, die wir Automatismen, Reflexe, secretorische, vasomotorische und trophische Innervationswirkungen des Centralnervensystems nennen.

Es handelt sich zweifellos um die gleichen dynamischen Mechanismen, die auch normaliter in unserem Körper thätig sind, die wir aber mittels Suggestionen, d. h. Kraft der Dissociation richtig beeinflusster Vorstellungen, in Bewegung setzen. Es liegt nun auf der Hand, dass aussergewöhnlich heftige, besonders aber pathologische Vorgänge im Gehirn auch im Stande sein müssen, solche Dinge hervorzurufen. Die Physiologie und die Pathologie der Nervenwelle liegen noch in den Kinderschuhen. In früheren Zeiten blühten Humoralpathologie und Lebenskraft in den Köpfen der Aerzte. Später glaubte man dann mit grob physikalischen und chemischen Vorstellungen einer Cellularpathologie und Physiologie auszukommen, ohne sich viel um das Gehirn zu kümmern.

Jetzt muss man aber nolens volens immer mehr die Herrscherkraft der $2^1/_2$ bis $3^1/_4$ Pfund schweren, im Schädel liegenden Dynamomaschine über den ganzen Organismus anerkennen.

Nachschrift. Eine genauere Einvernahme des Bruders von Frl. D. ergiebt, dass die Haare $1^1/_2$ Jahre vor ihrer Aufnahme in die Anstalt allmählich, aber in kurzer Zeit, weiss wurden, während der Haarausfall erst $^1/_2$ Jahr später stattfand. Die zweite Deutung wäre demnach undenkbar.

Ueber die Behandlung von Nervenkranken und Psychopathen durch nützliche Muskelbeschäftigung.

Unter specieller Berücksichtigung der Erfahrungen im „Beschäftigungsinstitut für Nervenkranke“ von A. Grohmann in Zürich.

Von

Henri Monnier.

Das rege Interesse, das bei vielen Irren- und Nervenärzten für die von Möbius im Jahre 1896 publicirte Arbeit [1]) „Ueber die Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilstätten“ hervorgerufen wurde, hat mich veranlasst, auf Anregung des Herrn Prof. Forel die in Grohmann's Institut [2]) erreichten Resultate einer näheren Betrachtung zu unterziehen.

Schon im Jahre 1893 hatte sich Civilingenieur A. Grohmann im Einverständnisse und nach Berathung mit Prof. Forel zur Aufgabe gestellt, Nervenkranken durch Anleitung zu regelmässiger, individuell angepasster Arbeit zu Hülfe zu kommen.

Die Hauptgründe, welche Prof. Forel bereits vor Möbius zur Einführung und Forderung dieser Behandlungsmethode bewogen (siehe Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte vom 15. Sept. 1894 p. 57) sind folgende:

1. Die alte wohlbekannte Erfahrung der Irrenärzte, dass die Arbeit eine überraschende Besserung auf die chronischen Geisteskranken ausübt, während das Nichtsthun dieselben geradezu kränker macht.

2. Die Thatsache, dass die meisten sogenannten Nervenkrankheiten nicht von den peripheren, sondern von functionellen Störungen des

---

1) Berlin 1896. Verlag von Karger.

2) Hegibachstrasse 32, Zürich V.

Gehirns abhängig sind; da die zahllosen, subjectiv in periphere Körpertheile verlegten Beschwerden dieser Kranken zum allergrössten Theil auf ein gestörtes Vorstellungsleben zurückzuführen sind, so sollte auch die Therapie eine cerebrale, d. h. psychische sein.

3. Als ein Beleg dafür, ein prägnanter Fall von Hysterie [1]), der im Jahre 1891 durch landwirthschaftliche Arbeit geheilt wurde.

Ausser den oben angeführten Gründen, welche die Errichtung von Arbeitsanstalten für Nervenkranke als angezeigt erscheinen lassen, ist noch der Umstand besonders in Betracht zu ziehen, dass unsere so zahlreichen „Nervenheilanstalten“ nicht alles leisten, was sie leisten sollten. Mit Recht hat Möbius auf die von Forel ebenfalls betonten Hauptpunkte hingewiesen: dass sie für Viele zu theuer sind, dem Kranken keine Arbeit bieten, und dass die üppige hôtelmässige Kost in denselben den Nervenkranken unzuträglich ist. — „Die Curzeit mit allerhand Heilproceduren zu füllen — wie Massiren, Electrisiren, Baden u. s. w. — ist gar nicht zweckmässig, da man dadurch die Patienten häufig überzeugt, dass sie recht schwer krank und leistungsunfähig sind. Wenn der Patient immer behandelt wird und nie selbst

---

[1]) Es handelte sich um eine Tochter höchst gebildeter Eltern. Erblichkeit bestand in geringem Maasse. Die Pat. war gut begabt, geistreich, musikalisch; sie überarbeitete sich im Seminar. Mit 17 Jahren bekam sie Zahnschmerzen nervöser Natur, später heftige Genickschmerzen mit Zuckungen, besonders rechterseits, die auf galvanische Behandlung und Bergaufenthalt nicht, wohl aber durch Hypnotismus verschwanden. Sechs Monate später Sturz aus der Hängematte. Anschlagen des Kopfes auf den Boden. Bald hierauf kommen wieder heftige Zuckungen und Schlaflosigkeit, häufige Schwindelanfälle, wo sie rothes Gesicht bekommt, viel schwatzt, Erbrechen und Intercostalneuralgien hat.

Nach einem starken hysteroepileptischen Anfalle mit Convulsionen und Bewusstlosigkeit bekam sie Schmerzen in den Unterextremitäten sowie starkes Kopfweh und Dysurie. Einige Tage lang benommen, mit starrem Blicke, schwer besinnlich, schwerfällig, antwortet langsam oder gar nicht, appercipirt nicht recht, kann weder stehen noch gehen.

Diese Erscheinungen nehmen zu, wenn die Patientin sich beobachtet fühlt, keine Sensibilitätsstörungen.

Da der Hypnotismus diesmal ohne wesentliche Wirkung blieb, so wurde sie bei einem Bauer beschäftigt, zuerst mit häuslichen Arbeiten, dann mit landwirthschaftlichen.

Anfangs ganz unfähig, schaffte sie später ganz fleissig. Nach 2 bis 3 Monaten kann sie wieder gehen und stehen und ist in allen Beziehungen vollständig geheilt.

Später wurde sie längere Zeit als Krankenwärterin mit schwerem Dienste beschäftigt und kehrte in ihre Familie geheilt zurück. Bis heute kein Recidiv, völlig geheilt geblieben.

handelt, so muss seine Passivität wachsen; — man züchtet geradezu Eigensuggestionen. — Nach dem Curgebrauche pflegt noch viel Zeit übrig zu bleiben. Diese benutzen die Kranken zunächst zur Geselligkeit, d. h. sie setzen sich zusammen und erzählen einander ihre Leidensgeschichten“ und dadurch entstehen auf autosuggestivem Wege manchmal die mannigfachsten functionellen Störungen.

Die Nervenheilanstalten bieten also eine ungenügende Therapie für gewisse Krankheiten. Diesem Mangel soll eben durch rationelle Beschäftigung abgeholfen werden.

* * *

Wenn wir sagen, dass die Arbeit das Hauptmittel gegen Hirngrübeleien, Hysterie, psychopathische Zwangsimpulse und Ideen aller Art, sog. Neurasthenien, ist, so muss die Thatsache richtig begriffen werden:

Solche Arbeiten sind unzweckmässig, die nur die Muskeln und untergeordneten Hirncentren in Anspruch nehmen und nicht die Grosshirnthätigkeit, — so das Drehen am Ergostat, der „hygienische Spaziergang“, das Hanteln, das Stricken u. dgl., welche automatisch, ohne Zuhülfenahme der Aufmerksamkeit vor sich gehen können, — weil das Grübeln dabei ungestört fortgesetzt werden kann. Solche Arbeiten sollen zum therapeutischen Zwecke verwendet werden, welche nur mit Bethätigung des Oberbewusstseins vor sich gehen können, indem sie die Aufmerksamkeit immerfort erfordern. Es handelt sich darum, die angewohnte pathologische Gehirnthätigkeit dadurch zu beseitigen, dass sie auf centrifugale (psychomotorische) Bahnen abgelenkt wird, während zugleich die Sinnesthätigkeit centripetal das Gehirn ebenfalls zu normaler Thätigkeit anregt.

Ferner müssen aber diese Arbeiten einen nützlichen Zweck haben, damit sie die Kranken interessiren und ihnen eventuell einen passenden Beruf anbieten können, mit welchem sie ihr Leben verdienen können.

In diesen Gedanken liegt das Wesen unseres therapeutischen Einflusses auf functionelle Nervenkrankheiten.

Dies geschieht, wenn man solche einfache, manuelle, aber doch interessante, abwechslungsvolle und zugleich nützliche Arbeiten verrichten lässt, welche ohne eine gewisse und beständige geistige Concentration nicht gemacht werden können. Andererseits ist eine einseitige,

intensiv geistige — d. h. cerebrale — Arbeit als anderes Extrem durch Ueberarbeitung des Gehirns schädlich; und gerade Psychopathen neigen sehr oft zu philosophischen Studien u. dgl. mehr, die ihnen verderblich sind. Die Aufmerksamkeit, d. h. das Concentrationsmaximum der Gehirnthätigkeit (die im Gehirn „wandernde Macula lutea des Denkens", wie sie Forel bezeichnete), darf weder übermässig durch feine complicirte abstracte Gedanken angespannt werden, noch darf man sie, dadurch, dass man sie gar nicht in Anspruch nimmt, auf pathologische Bahnen irren lassen. Die von Forel empfohlene Art der Arbeit soll eben beide Klippen vermeiden.

* * *

Gehen wir nun dazu über, die einzelnen Beschäftigungsarten zu betrachten, die in Grohmann's Institut in Anwendung gezogen wurden.

Die reine Landwirthschaft als solche ist in städtischen Privatanstalten natürlich schwierig durchzuführen. Sie konnte in Grohmann's Institut leider nicht berücksichtigt werden.

Dagegen hat sich bei der Gärtnerei als die weitaus nützlichste und beliebteste Arbeit speciell das Graben erwiesen. Dadurch sind selbst verweichlichte und schwächliche Patienten im Stande gewesen, ein relativ hohes mechanisches Arbeitsquantum zu bewältigen. Es ist aufgefallen, dass die anstrengende Arbeit in der heissen Tageszeit sehr schnell abhärtete, so dass diese Zeit möglichst ausgenützt wurde, während andererseits weniger Gewicht auf einen sehr frühzeitigen Arbeitsanfang gelegt wurde. Fast alle Patienten haben gerne gegraben, während sie im Allgemeinen für die anderen gärtnerischen Arbeiten wenig Interesse zeigten. Dieses Factum ist vielleicht darauf zurückzuführen, dass die Gärtnerei als solche für die Patienten nicht übersichtlich genug ist. Bei dem langsamen Wachsthum der Pflanzen überblicken die meisten Kranken den Zusammenhang ihrer Tagesleistung mit dem Endresultat, auf das hingearbeitet wird, nicht, weil dazu mindestens die Dauer einer ganzen Saison und viel verständnissvolle Aufmerksamkeit nöthig wäre.

Da Frost, extreme Wärme- und Kältegrade, Regen etc. zu grosse Hindernisse bilden, um jeden Patienten jederzeit zu beschäftigen, so ist die Gärtnerei als einzige Beschäftigung wenig geeignet. — Die glücklichste Ergänzung dazu bildet die Tischlerei. Mit keiner anderen Arbeit ist es möglich gewesen, intelligente Patienten so sehr zu fesseln und körperlich anzustrengen wie mit dieser. Zunächst er-

zeugt der Kranke in relativ kurzer Zeit einen nützlichen Gegenstand, — sogar ohne Mithülfe Anderer — überblickt Anfang und Ende seiner Arbeit, und seine Resultate sind nicht, wie in der Gärtnerei, von vielen fremden Factoren abhängig. Die Correctheit der Leistung ist hier durch einfache Hülfsmittel, wie Lineal, rechter Winkel u. dgl. leicht vom Patienten selbst zu controlliren, während sie in der Gärtnerei meist Sache der Erfahrung ist. Dabei hat man Gelegenheit, in verschiedener Intensität die verschiedenen Muskeln in Anspruch zu nehmen. Jeder kleine Fehler rächt sich sofort, — nicht, wie in der Gärtnerei, nach Monaten erst — und ist von allen Patienten, welche nicht an hochgradiger Zerstreutheit oder Gleichgiltigkeit leiden, als solcher zu erkennen.

Diejenigen Patienten, welche mit wirklich gutem Willen an die Aufgabe herantreten, gewinnen bald an der Tischlerei das regste Interesse und erreichen schnell eine gewisse Selbstständigkeit, die auf ihr Gemüth den besten Einfluss hat. Bei vielen — ganz besonders den weiblichen — Patienten wirkt der Sinn für Eigenthum und der ästhetische mit. Bei der Ausführung der Arbeit wurde mit einer gewissen Consequenz und Strenge verfahren. Herr Grohmann versetzte sich seinen Patienten gegenüber nicht in die Stelle des Arztes, sondern in die des Meisters, der die Kranken ohne Rücksicht auf allerlei Launen zur technisch richtigen Vollendung der einmal begonnenen Arbeit anhält und sie auch dazu bringt, die benutzten Werkzeuge nach gethaner Arbeit zu reinigen und an Ort und Stelle zu bringen etc. Bei der Tischlerei wurde es ermöglicht, die Ueberempfindlichkeit gegen Geräusche abzustumpfen. Es zeigte sich, dass die Patienten nur gegen die von Anderen hervorgebrachten Geräusche, nicht aber von denen beunruhigt wurden, die sie selbst verursachten. Es wurden deshalb solche Kranke zunächst mit einem Lärm erzeugenden Instrument (wie Hammer, Raspel, Säge etc.) isolirt beschäftigt, und erst wenn sie dadurch in genügendem Grade gegen die Wahrnehmung unangenehmer Geräusche abgehärtet waren, wieder zu gemeinsamer Arbeit angehalten. Dieses Verfahren wurde in etwa 20 Fällen meist mit Erfolg angewandt.

Als das empfehlenswertheste Werkzeug hat sich das Ziehmesser, nächst diesem der Hobel erwiesen. Mit dem Gebrauche des ersteren war eine auffallend gute Wirkung zu constatiren. Es wird durch dieses eine grosse Anzahl Muskeln in Anspruch genommen, die Arbeit kann sitzend oder stehend ausgeführt werden, sie erzeugt wenig Staub und der Kraftverbrauch kann dem Zustand des Patienten angepasst werden.

In einzelnen besonderen Fällen oder abwechslungshalber neben den bisher erwähnten Arbeiten wurden Typographie, Modelliren, Zeichnen und Tapeziren in Anwendung gebracht. Besonders die Typographie eignet sich zur Abwechslung vorzüglich, indem die Handgriffe und geistige Inanspruchnahme dabei von wesentlich anderem Character sind als bei den anderen Arbeiten. Für heisse Sommernachmittage hat sich das Modelliren als animirend und nicht ermüdend bewährt. Spaziergänge, Ruder- und Segelpartien — und bei etlichen Patienten auch lange Bergtouren — waren von gutem Einflusse, da die Kranken auf diesem Wege sich besser kennen lernten und so ein friedliches Zusammenleben erzielt wurde, wozu noch der günstige Einfluss der Abwechslung kam.

Am Anfang des Institutbetriebes hatten die Patienten Kost und Wohnung in der Nachbarschaft in Familien und Pensionen. Wegen hierbei vorkommenden alcoholischen Excessen und aufregenden Beeinflussungen aller Art errichtete sodann Herr Grohmann für seine Patienten eine Pension, wodurch eine strengere allgemeine Ueberwachung, eine regelmässige Diät, sowie die für solche Psychopathen bewährte Alcohol-Abstinenz ermöglicht wurden.

Mehr als zwei Drittel der von den Aerzten[1]) dem Institute zugewiesenen Patienten konnten sich, entweder von vornherein oder nach Besichtigung des Institutes, zum Eintritt nicht entschliessen. Diese Erscheinung wird wohl auf einem der folgenden Punkte beruhen:

a) auf der Neuheit der Sache;

b) auf der Angst vor den bevorstehenden Anstrengungen;

c) auf der Thatsache, dass die Privatunternehmung des Herrn Grohmann natürlich auf bescheidener Basis angefangen werden musste.

Die gewöhnlich bei solchen Nervenkrankheiten (Hysterie, Neurasthenie u. dgl.) angewandten Mittel, wie Electricität, Douchen, Massage u. dgl. üben besonders einen günstigen suggestiven Einfluss auf die Kranken in dem Sinne, dass dieselben sich lieber einer solchen Behandlung unterziehen würden, denn für viele Patienten will die Arbeit allein durchaus nicht als Heilmittel von vornherein imponiren.

Es bleibt leider Thatsache, dass von zwei Aerzten derjenige, der am meisten und die theuersten Mittel verschreibt, häufig auch am meisten Clienten hat. — „Mundus vult decipi.“

* * *

[1]) In den vier ersten Jahren über 50 Aerzte.

Ueber die Combination von hypnotischen Curen mit Beschäftigungscuren möchte ich hier einige Worte einschalten. Es standen etwa 30 Patienten des Herrn Grohmann gleichzeitig in hypnotischer Behandlung von Specialisten (bes. von Herrn Dr. Ringier in Zürich). Für das Ausrotten schlechter Gewohnheiten hat sich die hypnotische Suggestion in manchen schweren Fällen sehr bewährt. Zu diesen schlechten Gewohnheiten haben gezählt: spätes Aufstehen, unregelmässiges Leben, Ungehorsam gegen die selbstverständlichsten Hausregeln, Onanie und andere sexuelle Perversitäten, Trunksucht, Unhöflichkeit und — im Hinblick auf die speciellen Ziele des Herrn Grohmann — vielfach Arbeitsunlust.

Die Bekämpfung dieser Gewohnheiten durch die Wach- oder Schlaf-Suggestion des Erfolges, des Ausharrens, der Geduld etc. erleichterte vielfach den Verkehr der betreffenden Patienten als Hausgenossen des Instituts oder ermöglichte die Beschäftigung.

Andererseits hat sich aber auch das Beschäftigtsein der Patienten als eine Unterstützung der hypnotischen Behandlung erwiesen. Zunächst durch die grössere Ueberwachung, aber auch durch Einschränkung jener vielen Autosuggestionen in die der beschäftigungslose Psychopath der Regel nach zu verfallen pflegt. Der nichtbeschäftigte, plan- und ziellos herumbummelnde Patient hat bekanntlich die Tendenz in sich, stets seiner Krankheit nachzudenken, dadurch kommt er zum Grübeln und gleichsam durch Selbstüberredung (Autosuggestion) zu stets neuen Krankheitssymptomen. Die beschäftigungslose Einsamkeit begünstigt dies entschieden. Gegen dieses wurde im Institut Grohmann möglichst angekämpft.

Die Kranken wurden hier auch zur Arbeit stimulirt, sei es durch die Mitarbeitenden, sei es durch Nachahmungslust, Ehrgeiz oder fehlende Gelegenheit zum Herumschweifen. Waren die Patienten einmal im Stande kleine Arbeiten zu verrichten, dann ging manchmal die Besserung schneller von Statten, indem eine günstige Rückwirkung auf das Gemüth und auf das Selbstvertrauen ausgeübt wurde. — Die einen hatten sich zum Beispiel autosuggerirt, dass sie in ihrem Fache nicht mehr arbeiten könnten. Sie fingen aber im Institut an, sich innerhalb solcher Gebiete zu beschäftigen, in denen sie sich noch keine Autosuggestionen gebildet hatten und allmählich wurde auf diesem Wege die Idee der Leistungsunfähigkeit gehoben.

* * *

Die wichtige Frage, die uns nun beschäftigen soll, ist die, bei welchen Kranken die Arbeitscuren angezeigt sind.

Prof. Rieger hat die schon erwähnte Arbeit von Möbius begutachtet.[1]) Seine dort angegebenen Erfahrungen stimmen mit den in Grohmann's Institut gemachten ziemlich überein.

Ich weise also auf jene Schrift hin und möchte hier nur einige wichtige Gesichtspunkte hervorheben:

Rieger sagt, dass unter den zahlreichen Kranken der Nervenheilanstalten die verschiedensten Krankheiten durcheinander vorkommen. Hier findet man sowohl Hysteriker, sog. Neurastheniker, Hypochonder, Paranoïker und Schwachsinnige, die häufig mit dem Schlagwort Neurasthenie belegt werden. Gleich wie Forel möchte Rieger dieses Wort „Neurasthenie" abschaffen, da es an sich nichts bedeutet und als diagnostisches Faulheitspolster zu häufig in Anspruch genommen wird. Als Neurastheniker im engeren Sinne könnte man vielleicht nach Möbius[2]) diejenigen Fälle taxiren, die an einer pathologisch gesteigerten Müdigkeit und Schlaffheit nach irgend einer kleinen Beschäftigung leiden, während sich die Hysteriker durch ihre pathologische Dissociation (Autosuggestibilität) characterisiren.

I. Die Zahl der Nervenkranken, die durch die Arbeit wirklich geheilt werden können, ist sehr gering im Verhältnisse zu den von vornherein unheilbaren Patienten, immerhin noch ganz beträchtlich. Nur jene sind beeinflussbar und heilbar, die ihre Krankheit erworben haben, sei es durch Suggestion in Folge medicinischer Lectüre, Unthätigkeit, Einflüssen der Umgebung, als Autosuggestionen, Hirngrübeleien, Platzangst u. dgl.

Es handelt sich also um pathologische aber noch zu beseitigende pathologische Ermüdungserscheinungen, die nach den geringsten Leistungen zu Tage treten (reizbare Schwäche) und die von Parästhesien aller Art (Schlaf- und Appetitstörungen, Magenbeschwerden etc.) begleitet werden.

II. Unter die Kranken, die nicht durch Arbeitscuren zu heilen sind, reihen sich folgende ein:

1. Die acuten Psychosen im Allgemeinen müssen ausser Betracht kommen, da hier bekanntlich die psychische Ruhe das Haupt-

---

[1]) Cfr. Schmidt'sche Jahrbücher, 1896, p. 216. Auch: Central-Blatt für Psychiatrie, 1896, p. 445.

[2]) Cfr. Neurologische Beiträge von Möbius, Karger-Berlin.

mittel bildet. Vielleicht kann hie und da ein Fall von Melancholie in der Arbeit etwas Zerstreuung finden (cfr. Kranken-Geschichte Nr. 1).

2. Die echte Hypochondrie, besonders aber ihre Verwandte die Paranoïa, die sich dadurch characterisiren, dass sie von äusseren Umständen unabhängig sind, werden durch die Arbeit nicht beeinflusst. Das innerlich kranke Nervensystem folgt seinen eigenen Gesetzen; eine solche Krankheit — wie Rieger es hervorhebt — ist völlig „autonom“, sie kann nur durch die Zeit, d. h. durch nichts geheilt werden. Dennoch ist die zweckmässige Arbeit das Einzige, was Linderung schaffen und das totale Verkommen der Kranken aufhalten kann. Leider weigern sich meistens diese Kranken zu arbeiten.

3. Was die Schwachsinnigen anbetrifft, so kann man auch sie durch die Beschäftigung nicht heilen. Natürlich fällt es Niemandem ein, einen angeborenen Hirndefect curiren zu wollen. Durch die Arbeit kann man aber diese meist unzurechnungsfähigen und unselbstständigen Patienten zu einem ordentlichen Leben führen und so verhindern, dass sie einem unregelmässigen, verfehlten, verschwenderischen und für Andere lästigen Dasein anheimfallen. Im Geleise der ruhigen Gewohnheit sind sie, soweit das Leben sie noch nicht verdorben hat, oder pathologische Triebe sie in Bann halten, freundliche Menschen und wie Kinder zu lenken.

4. Auch die constitutionellen Psychopathen sind meist nicht heilbar, aber der Arbeit kommt bei ihnen derselbe Werth zu, wie bei den Schwachsinnigen. Es handelt sich hier um eine krankhafte Anlage des Gehirns, die sich im Wesentlichen in einer Disharmonie der verschiedenen psychischen Leistungen äussert.

So beobachtet man vielfach reizbare Schwäche, rasches Auflodern und wieder rasches Erlahmen der Psyche, Inconsequenz der Hirnthätigkeit. Hier reihen sich an: Zornaffecte, sexuelle Impulse, Geldverschwendung, impulsive Disharmonien etc. Neben reinen moralischen Idioten, welche sich durch Herzlosigkeit, verbrecherische Triebe und den Mangel an jeder Ethik characterisiren, trifft man pathologische Schwindler, Hochstapler, die sog. „reine Bosheit“ (bes. bei Frauen). Dann kommen hier die Menschen mit pathologisch verfehltem Urtheil in Betracht, kurz alle jene Menschen, die wegen ihrer pathologischen Anlage fortwährend mit ihren Mitmenschen in Conflict gerathen und die sich allmählich zu Feinden der ganzen Gesellschaft entwickeln. Endlich auch die Schwärmer. Keiner von diesen constitutionellen Psychopathen sollte höhere Studien betreiben. Die schulmässige Erziehung passt

nicht für sie, denn das Meiste, was sie lernen, wird falsch begriffen, falsch interpretirt, falsch angewendet. Für alle diese „Déséquilibrés" ist die einfache manuelle Arbeit das Beste. Sie wollen aber häufig hoch hinaus, sie zeigen Selbstüberschätzung, wollen Metaphysik, Philosophie, Wissenschaften, Politik treiben, die höchsten Aufgaben lösen, die Menschheit verbessern und kommen doch zu nichts als zu einem für sich und Andere schädlichen Leben.

Leider können oder wollen die Eltern meist nicht annehmen, dass ihre Kinder derart abnorm veranlagt sind. Andererseits bewirkt das verbreitete Vorurtheil gegen Irrenanstalten, dass die Angehörigen erst dann einen Irrenarzt zu Rathe ziehen, wenn schon nach Ablauf von Jahren verschiedene misslungene Curversuche am Patienten gemacht worden sind. Dann ist aber der Patient oft schon zu alt, um ihn in neue Bahnen lenken zu können. Ferner glauben die Reichen und Gebildeten sich oft etwas zu vergeben, wenn sie mit ihren Händen arbeiten. Wenn die Kranken in jahrelanger, halber Unthätigkeit im elterlichen Hause gelebt haben, wenn sie sich die schlechtesten Gewohnheiten — wie Faullenzen, Nachtarbeit, Spätaufstehen, Trinken, Verschwendung, Toilette- und Luxus-Bedürfnisse, Excesse aller Art — zugelegt haben, und wenn sie wirklich nichts leisten können, dann würde man wohl an einen manuellen Beruf, resp. an einen Berufswechsel denken; das bisherige Leben hat die Patienten aber schon so weit verdorben, dass es nicht mehr möglich ist, mit ihnen etwas anzufangen.

Alles dieses — in buntester Variation und Combination — ist der Fall gewesen bei vielen Patienten, die versuchsweise in Grohmann's Institut geschickt wurden. Hier ist es Pflicht und Aufgabe des Arztes, die Sache zu besprechen und dahin zu wirken, dass solche Kranke schon in frühen Jahren zur manuellen Arbeit geschickt werden. Dies verlangt aber eine fortwährende Beaufsichtigung, grosse Geduld und eine suggestive Einwirkung auf die Patienten, die nur in speciellen Beschäftigungsanstalten möglich sind und die ich in Grohmann's Institut gefunden habe.

Für alle verbrecherisch veranlagten Psychopathen und Schwachsinnigen, die wegen ihrer unveränderlichen abnormen Gehirnanlage die Gesellschaft schädigen und beleidigen, schlägt Forel agricole Anstalten zur Internirung vor, damit die Menschheit von ihren Trieben und Handlungen verschont bleibe. Diese Anstalten sollten auf dem Lande mit grossem Betriebe und nach dem Pavillons-

Systeme, in Form eines kleinen Dorfes eingerichtet werden. Styl und Architectur sollten nicht einförmig in Anwendung gebracht werden. Im Gegentheil sollte man unsymmetrisch, unregelmässig, verschiedenartig bauen, damit die Anlage einen heimischen Eindruck auf die Kranken ausübe, und die kasernenähnliche Einsperrung vermieden werde. Die einzelnen Abtheilungen sollten aber den Bedürfnissen entsprechen, Frauen und Männer im Interesse der Dämpfung des Geschlechtstriebes und zur Verhinderung der Fortpflanzung in ziemlich grosser Entfernung von einander getrennt werden. Die Männer würden Landwirthschaft, die Frauen daneben die Wäsche und Hauswirthschaft besorgen. In den einzelnen Abtheilungen sollten die Kranken ganz individuell behandelt werden und dementsprechend in die betreffenden Pavillons untergebracht werden. Nach diesen Principien und nach der Krankheit wäre das Maass der Freiheitsberaubung und der Beschäftigung eingerichtet.

* * *

Krankengeschichten.

Die Fälle der in Grohmann's Anstalt behandelten Patienten, welche hier Erwähnung finden, wurden fast alle diagnostisch von fachmännischer Seite untersucht. Die hier gebrachten Notizen sind in gedrängter Kürze verfasst, indem sie mehr die Hauptsymptome hervorheben.

Von den fünfundsiebzig zur Verfügung stehenden Krankengeschichten werden an dieser Stelle nur diejenigen erwähnt, die das hervorragendste Interesse beanspruchen und das vorher Gesagte am besten bestätigen.

Welche Fälle einer Behandlung durch Arbeit **therapeutische Erfolge** bieten, wurde früher in dieser Abhandlung angeführt. An dieser Stelle sollen die einzelnen Fälle erwähnt werden, welche als Belege für die obigen Auseinandersetzungen aufzufassen sind.

1. Melancholia acuta. Erzieherin, 23 J. Cur-Dauer 60 Tage.

Pat. war zuerst Kellnerin; durch mühevollen Selbstunterricht in eiserner Strebsamkeit suchte sie sich zu vervollkommnen und wurde schliesslich Erzieherin. In Folge Liebesunglückes wurde sie melancholisch, hoffnungslos deprimirt. In Grohmann's Institut aufgenommen, entsagte sie zunächst jeder Thätigkeit, blieb auch Tags über im Bett.

Durch Zuspruch endlich veranlasst, wenigstens aufzustehen und ihr Zimmer selbst zu besorgen, fing sie sehr allmählich an, besser zu werden, arbeitete und ging spazieren.

Tritt aus mit dem Gefühl völlig erlangter Gesundheit, suchte und fand eine neue Stelle als Erzieherin.

2. Hysterie. Dame ohne Beruf, 35 J. C.-D. 232 T.

Pat. ist gut erzogen, hat immer in der grossen Gesellschaft der Weltstädte gelebt und nie einen Beruf gehabt. Sie ist klein, schwächlich, mager; klagt häufig über Kopfschmerzen, fühlt sich jeweilen am Vormittag schlecht. Kommt ins Institut Grohmann mit Weinkrämpfen, die nach wenigen Wochen vergehen. Ueberempfindlichkeit gegen Geräusch wird nach der früher erwähnten Methode mit bestem Erfolg herabgesetzt. Hingegen war der Erfolg etwas geringer im Ablegen der Hastigkeit im Arbeiten und der Empfindlichkeit gegen persönliche Angriffe. Nahm an Kräften und Körpergewicht (8 Ko.) zu. Ueberzeugte sich allmählich, dass sie einen Beruf benöthige und ausüben könne. Wurde, ohne dazu pecuniär genöthigt zu sein, Gouvernante. Lebt jetzt zufrieden in der Ueberzeugung, die Gesundheit durch den Beruf gewonnen zu haben.

3. Hysterie. Kaufmann, 40 J. C.-D. 72 T.

Pat. hat schon viele Curen durchgemacht und arbeitet seit Monaten nicht mehr. Er ist schlaflos, kann sich nicht concentriren und neigt sehr zu Autosuggestionen.

Im Institut arbeitet er fleissig, will aber von jeder Anstrengung wissen, dass sie ihm schaden wird. Tags darauf ist die subjective Verschlimmerung „auch wirklich eingetreten“. Das Wetter beeinflusst ebenfalls sehr häufig seine Stimmung. Nach mancherlei Wechsel und Rückfällen verlässt er zeitlich gebessert das Institut; wurde $1^1/_2$ J. wieder arbeitsfähig, nach dieser Frist Rückfall und andere Curversuche.

4. Zwangs-Gefühle und -Ideen. Stud. philolog., 21 J. C.-D. 27 T.

Landpfarrersohn, gut erzogener Pat., der immer übermässig fleissig gewesen ist. Seit einem Jahre grübelt er über ethische Spitzfindigkeiten. Z. B. über die „Pflicht, an Gott zu glauben, auch wenn wir nicht an ihn glauben können“ u. dgl. Zeigt auffallende Neigung zu Kopfcongestionen und kann seine Gedanken oft nicht concentriren. Er arbeitete fleissig im Institut, wurde ruhig und bekam freien Kopf.

Setzt seine Studien fort. Kein Rückfall.

5. Onanistisches Irresein. Psychopath. C.-D. 127 T.

Pat. ist 23 J. alt; zeigte seit mehreren Jahren gewisse Abnormitäten, so excessive Onanie. Neigung zum Nachtwandeln, zum Alcoholgenuss (von 16 J. an). Mit 18 J. lernte er den Conditorberuf.

$1^1/_2$ J. vor dem Eintritt ins Institut Grohmann entstanden die ersten Zeichen einer Psychose mit Depression und Selbstmordversuch, worauf Remissionen und wiederum Rückfälle eintraten. Er wurde eine Zeit lang in einer Irrenanstalt und dann auf Rath des Psychiaters ins Institut Grohmann gebracht. Benimmt sich hier liebenswürdig und sehr offenherzig; arbeitete fleissig. Da er zu den gew. Anstaltsarbeiten wenig Neigung fühlte und seinem Berufe treu bleiben wollte, so wurde er im Modelliren und Zeichnen von Tortenverzierungen geübt. Verlässt das Institut sehr befriedigt. Vom Arzt als wesentlich gebessert anerkannt.

6. Hysterie. Hausfrau, 29 J. C.-D. 44 T.

Glücklich verheirathet, Mutter von 4 gesunden Kindern, gutmüthig, liebenswürdig. Pat. hat seit Monaten Angstvorstellungen. Sie kann dieselben nicht genauer präcisiren, hat Angst im Allgemeinen, es müsse Unglück kommen. Sie arbeitete fleissig in der Tischlerei. Der Gedanke, dass die gefertigten kleinen Möbel ihre Kinder freudig überraschen würden, beeinflusste sie sehr günstig.

Die Angstvorstellungen wurden hypnotisch entfernt. Verlässt das Institut mit wiedergewonnener Zuversicht. Kein Rückfall.

7. Verstimmung. Studentin, 26 J. C.-D. 20 T.

Ethisch und intellectuell hochstehend. Durch Ueberarbeitung verstimmt und überreizt, schläft schlecht, kann ihre Gedanken nicht concentriren, fühlt sich improductiv. Kam aus eigener Initiative ins Institut mit der Ueberzeugung, gesund zu werden. Verliess dieses nach 3 Wochen im normalen Zustand. Kam in eine glänzende Berufscarriere.

8. Neurasthenie — Leichtgradige Hypochondrie. Kaufmann, 35 Jahre. C.-D. 167 T.

Im Laufe der letzten Jahre ist Pat. allmählich vollständig unthätig geworden. Er zeigt beim Gehen eine leichte motorische Schwäche. Im Institut Grohmann musste er sehr viel graben. Die Idee der Arbeitsunfähigkeit schwand allmählich; er kehrte wieder arbeitsfähig ins väterliche Geschäft zurück.

9. Verfolgungs-Wahnsinn. Fabrikant, 27 J. C.-D. 51 T.

Bauersohn, gut erzogen; glaubt sich von seinem Associé verfolgt, verleumdet, und in Geschäftscombinationen durchkreuzt. Ein Psychiater schlägt Berufswechsel vor. Pat. arbeitete fleissig im Institut und zeigte sich hier als sehr erwerbs- und sparsüchtig. Allmählich verschwanden die Verfolgungsideen. Der Berufswechsel erwies sich als unnöthig. Pat. kehrte sehr glücklich nach Hause zurück. Da bei seinen Geschäftsreisen eminente Gefahr des Alcoholmissbrauches vorlag, so wurde Pat. zur Abstinenz bewogen, der er treu geblieben ist. Kein Recidiv.

Bei den an **schwerer Hypochondrie** leidenden Patienten war, abgesehen von einem Falle, bei dem ein gewisser Erfolg wenigstens in dem Sinne erzielt wurde, dass Patient einer regelmässigen Arbeit und Ernährungsweise oblag, keine wesentliche Besserung zu constatiren. Fast alle sind nur einige Tage oder Wochen in der Anstalt geblieben und wollten es bald mit anderen Curen versuchen. Folgende kurze Beispiele mögen vorgeführt werden.

10. Verdauungshypochondrie. Organist, 23 J. C.-D. 90 T.

Pat. ist engbrüstig, schmal, lang; geschlechtlich infantil geblieben. Von der Mutter verzärtelt, war er menschenscheu, willensschwach, Stubenhocker. Aeussert Klagen über Stuhlträgheit und Verdauungsbeschwerden. Hat schon verschiedene Curen durchgemacht.

Pat. hat im Institut Grohmann fleissig Gärtnerei und Tischlerei getrieben, jedoch mit der Ueberzeugung, das doch Alles umsonst sei. Wurde zu $1^1/_2$ tägigen strapaziösen Gebirgstouren mitgenommen. Stets das gleiche passive Verhalten. Er

nahm jedoch auffallend zu in Abhärtung. Leider zu früh in die alte Lebensweise zurückgegangen. Wenig Erfolg.

11. Hypochondrie. C.-D. 8 T.

Dieser Fall betrifft einen 52jährigen Kaufmann, bei welchem die Diagnose auf Hypochondrie gestellt wurde und dessen Curdauer 8 Tage betrug. Die Hauptsymptome bestanden in Verdauungsbeschwerden; überdies war ein plapperhaft cynischer Mittheilungstrieb auffallend.

Ungebessert musste er aus der Anstalt entfernt werden.

12. Hypochondrie. Gymnasialprofessor, 50 J. C.-D. 20 T.

Klagt über Magenbeschwerden, Schlaflosigkeit und rechtsseitige neuralgische Schmerzen. Seit Jahren schon sehr viele Curen durchgemacht und Aerzte consultirt. Hat eine hohe Meinung von sich selbst. Pat. geht mit vielen Bedenken an die Cur im Institut Grohmann. Findet endlich seine vorgefasste Meinung, auch diese würde nicht viel nützen, bestätigt und geht fort, um andere Curen zu versuchen.

13. Hypochonder. Advocat, 28 J. C.-D. 13 T.

Pat. ist empfindlich gegen Geräusche, macht sich Selbstquälereien wegen Onanie, ist in der Concentrationsfähigkeit geschwächt. Geht weg in der Meinung, die Cur könne doch nichts nützen.

13. Hypochondrie. Commis, 25 J. C.-D. 60 T.

Seit 2 Jahren ohne Thätigkeit. Vagirt herum und klagt über die mannigfachsten Beschwerden, ernährt sich vollständig unregelmässig. Im Jnstitut hat er fleissig und mit besonderem Geschicke gearbeitet. Besserung und Rückfälle haben dabei alternirt. War nicht abzuhalten, sich zu gleicher Zeit auch von einem Curpfuscher behandeln zu lassen.

Verliess das Institut, um andere Curen zu versuchen. War hier Abstinent geworden und hatte sich an regelmässige Ernährung gewöhnt.

15. Hypochonder. Kaufmann, 35 J. C.-D. 61 T.

Pat. hatte bis zu seiner vor $1^1/_2$ J. stattgefundenen Verheirathung niemals geklagt. Mit diesem Zeitpunkte traten plötzlich Klagen über Impotenz, beginnende Gehirnerweichung etc. auf.

Machte verschiedene Curen durch und kommt zuletzt ins Institut Grohmann. Arbeitet hier fleissig und erklärt beim Austritt eine ziemliche Besserung zu fühlen. Während der Curdauer 2 Anfälle von hypochondrischen Depressionen von je einem Tage Dauer, während der sich Pat. abschloss, am Sopha lag und jammerte.

16. Hypochonder. Leichtgradiger Schwachsinn. Kaufmann, 27 J. C.-D. 160 T.

Seit der Kindheit wenig begabt, Pat. lernte schwer. Er zeigt dauerndes Müdigkeitsgefühl, meist deprimirte Stimmung und hypochondrische Klagen über das allgemeine Befinden. Schlaf unruhig. Plapperhafter Weltschmerzler und Kannegiesser. Er war mehrere Jahre beschäftigungslos; trat dann ins Grohmann'sche Institut. Hier arbeitete er fleissig und merkte bald, dass er durch Arbeiten im Freien am besten seine Gesundheit auf ein erträgliches Niveau erhalten kann.

Entschloss sich zum Gärtnereiberuf. Sonst ungebessert entlassen — hatte sich hier nur an die Arbeit gewöhnt.

Im Gegensatz zu diesen Fällen, wo wohl in Folge der Schwere der psychischen Erkrankung eine Besserung nicht zu erzielen war. stehen folgende zwei Beobachtungen, bei denen, da die Krankheit einen leichteren und deshalb besserungsfähigen Character aufwies, eine Abnahme der Symptome und damit eine Art Heilung eintrat.

17. Leichte Hypochondrie, — wahrscheinlich auf Grund constitutioneller Psychopathie entstanden. Landwirth, 20 J. C.-D. 17 T.

Sehr liebenswürdig und gut talentirt. Seit einem halben Jahre wegen eines Gesichtsausschlages deprimirt. menschenscheu, arbeitsunfähig.

Im Institut hat er gut und gern gearbeitet und wurde gleichzeitig von einem Specialisten für Hautkrankheiten behandelt. Die Depression verschwand allmählich und freudigen Herzens setzte er seinen Beruf weiter, trotzdem er mit dem Ausschlage noch längere Zeit behaftet war.

18. Hypochondrie. Chron. Magencatarrh. Commis, 23 J. C.-D. 143 T.

Pat., ein Bauersohn, war guter Schüler und sehr fleissiger Arbeiter. Vom 16. J. an Klagen über verschiedene körperliche Beschwerden. Vom 20. J. an sich ernstlich magenkrank fühlend, wurde er durch Specialisten mit Kaltwasser, Massage, Electricität und Diätcur behandelt. Heisshungeranfälle, daneben Verminderung des Appetits, gelbliches Aussehen. Deprimirt, finsterer Gesichtsausdruck, mürrisch und verschlafen. Während eines 1½ jährigen Aufenthalts im Irrenhaus zeigen sich alternirend Verbesserungen und Verschlimmerungen.

Im Institut Grohmann trat sehr allmähliche Besserung ein. Am Anfang der Cur will er nicht arbeiten, liegt in der Sonne den ganzen Tag. Am Ende der Cur kann Pat. die ganze Woche ohne Unterbrechung arbeiten. Ein ihn seit Jahren genau kennender Arzt constatirte beim Austritt eine auffallende Besserung.

Die Behandlung des Pat. war wegen seiner Gutmüthigkeit, seinem Pflichtgefühl und seiner vorzüglichen ethischen Anlage eine leichte. Pat. zu einem Berufswechsel veranlasst, wurde Bauernknecht. Trotz untergeordneter Kost und mancher Uebelstände bei seiner neuen Anstellung zeigten sich nur ganz selten unbedeutende Rückfallserscheinungen. Auch diese verschwanden nach etlichen Jahren. Pat. fühlt sich auch besonders dadurch glücklich, dass er sich selbst zu unterhalten im Stande ist und daher nicht wie früher der Familie zur Last fällt.

Paranoïa. Es wurden versuchsweise solche Patienten von Psychiatern in das Grohmann'sche Institut geschickt, die sich einer Irrenanstaltspflege zu unterziehen weigerten und welche ungefährlich waren. Der eine kam mit unbestimmter Diagnose und erst nach einigen Wochen traten die Symptome der originären Verrücktheit auf. Vier Patienten haben von der Anstalt für ihre Gesundheit nichts gewonnen, sie mussten später Irrenanstalten zugeschickt werden. Der eine wegen übertriebener Remunerationsansprüche — seinem Grössenwahn entsprechend — konnte einen practischen Beruf auf dem Lande

nicht betreiben. In einem anderen Falle wurde auf Anrathen des Psychiaters Berufswechsel vorgenommen.

19. Origin. Paranoïa — Schwachsinn. Gymnasiast, 20 J. C.-D. 55 T.

Erblich belasteter Pat. zeigt Verfolgungswahn und Hallucinationen. Er steckt voller verkehrter, hypochondrischer Ideen über die Chemie seiner Ernährung, nimmt gelegentlich grosse Mengen Salz oder Senf ein. Schreibt einer 17jährigen Schwester, die Onanie sei das Beste für Gesundheit u. dgl. Grosse Gedächtnissdefecte. Im Allgemeinen leicht lenkbar, zeigte er doch plötzliche Anfälle von Zorn, in denen er agressiv wurde. In Folge dieser musste Pat. zwangsweise einer Irrenanstalt übergeben werden. Hatte im Institut fleissig und mit Interesse Tischlerei getrieben.

20. Paranoïa. Commis, 27 J. C.-D. 148 T.

Vor seinem Eintritte ins Institut Grohmann war Pat. ein Jahr in einer Irrenanstalt, wo er nur gefaullenzt hatte. Es sollte durch Grohmann der Versuch gemacht werden, den Pat. an eine nützliche Arbeit zu gewöhnen, um ihn dann eventuell passend versorgen zu können. Im Institut zeigte sich Pat. reservirt, unzugänglich, mit Grössen- und Verfolgungswahn behaftet. Es gelang, ihn im Garten und in der Tischlerei anhaltend zu beschäftigen. In der Tischlerei zeigte er sich sogar ganz besonders geschickt. Seine Grössenwahnideen führten ihn aber auf übertriebene Remunerationsansprüche, so dass er sich für die practische Ausübung eines Berufes untauglich erwies. Ein Versuch, ihn bei einem Landwirth unterzubringen, misslang aus ähnlichen Gründen. Ein zweiter Aufenthalt im Institut endete mit einer Flucht des Pat. aus Verfolgungswahnideen. Er musste wieder einer Irrenanstalt übergeben werden.

21. Paranoïa. Commis, 21 J. C.-D. 31 T.

Pat. hatte sich immer als guter und liebenswürdiger Character mit Schrullen und übertriebenem Altruismus gezeigt; war körperlich schwächlich und deformirt. Beim Eintritt ins Institut Grohmann war die Diagnose zweifelhaft. Hier arbeitete Pat. fleissig. Es zeigten sich Gesichtshallucinationen und Grössenwahn: er sei Christus und müsse die Menschheit erretten. Wurde einer Irrenanstalt übergeben.

22. Paranoïa. Lehrerin, 26 J. C.-D. 60 T.

Pat. ist gut erzogen. Vater war Trinker und herabgekommen. Guter Character, leicht beeinflussbar, Gehörshallucinationen. Auf Rat eines Psychiaters sollte Pat. ihren Beruf aufgeben und dann einfache körperliche Arbeit wählen. Pat. konnte sich mit diesem Vorschlag anfangs nicht befreunden. Es gelang jedoch zuletzt und sie wurde als Stütze der Hausfrau in eine grosse Pfarrfamilie auf dem Lande versorgt.

Constitutionelle Psychopathie und Schwachsinn.

Die wenigen Fälle, die ich weiter unten angebe, zeigen am besten, wie die meisten Psychopathen von einander verschieden sind und wie individuell Behandlung und Prognose zu stellen ist. Es waren in Grohmann's Institut meist solche Patienten, bei denen, wie ich es

schon erwähnte (pag. 10) wegen ihrer angeborenen oder seit Jahren erworbenen ganz prägnanten Defecte eine Aussicht auf Besserung von vornherein ausgeschlossen war. Für jene war die Anstalt mehr ein günstiger Aufenthaltsort, wo, geschützt von schlechten Beeinflussungen, sie beaufsichtigt und zu regelmässiger Arbeit und Lebensweise angeführt wurden. Einige Psychopathen haben nach ihrer Entlassung eine Beschäftigung gefunden, in Folge welcher sie für ihre Umgebung weniger lästig fielen. Andere sind zu kurze Zeit in Behandlung geblieben, um das erwünschte Ziel zu erreichen. Es war hier schon vorauszusehen, dass die leichten Besserungen, welche eine mehrwöchige Beschäftigung in der Anstalt hervorgerufen hatte, nur von kurzer Dauer sein würde. Die nothwendige Beschäftigungsdauer in der Anstalt kann nur individuell angegeben werden, beträgt aber mindestens einige Monate. Es ist vielmehr eine Lehrzeit, die je nach dem Grade der pathologischen Anlage mehr oder weniger in die Länge gezogen werden muss. Ich betone jedoch, dass je jünger und je weniger erblich belastet die Patienten sind, desto leichter und aussichtsvoller die Arbeitscur sein wird — abgesehen davon, dass fast alle Excesse durch strenge Beaufsichtigung und Beschäftigtsein verringert werden, während andererseits die hypnotische Suggestion die oben erwähnte Rolle spielen kann.

23. Psychopath. Bankbeamter, 22 J. C.-D. 87 T.

Erblich nicht belastet. Pat. war ein guter Schüler, der mit 16 J. ins Bankgeschäft eintrat. Im Laufe des ersten Jahres wurde er durch die Monotonie der Arbeit, besonders die Zahloperationen, anfallsweise verwirrt und gedächtnisslos, was ihn sehr deprimirte. Er trat aus und verweilte dann $1\frac{1}{2}$ J. in einer Irrenanstalt mit freiem Ausgang, konnte aber zu practischer Arbeit nicht veranlasst werden, da er sich zu „höheren Beruf veranlagt" hielt.

Die späteren $1\frac{1}{2}$ J. wurden mit Wasser-, Luft- und andren Curen verbraucht, dann kam der Pat. ins Institut Grohmann. Hier benahm er sich sehr gut, liebenswürdig und fleissig. Arbeitete zuerst in Gärtnerei und Tischlerei, entdeckte seine Befähigung zu letzterer und konnte nun zum Berufswechsel, der für ihn absolut erforderlich war, bewegt werden. Dieser Entschluss hatte auch eine gute Wirkung auf die entgleisten Beziehungen zum rathlos gewordenen Vormund. Pat. trat mit bester Zuversicht aus.

24. Constit. Psychopath. Angstvorstellungen. Fabricant, 31 J. C.-D 206 T.

Starke erbliche Belastung; ist fortwährend durch Selbstmordideen gequält. Symptome von Verfolgungswahn und von Katatonie in leichtem Grade. Im Institut war Pat. unverträglich und höchst unliebenswürdig. Meistens überzeugt, dass die Cur doch nichts helfen werde. Beim Austritt ist die pathologische Grundlage unverändert. Pat. hatte sich aber an regelmässige Ernährung und Arbeit gewöhnt, was vorher 2 Jahre lang nicht mehr der Fall war. Kein Rückfall.

25. Constit. Psychopath. Leichtgradiger Schwachsinn. Landwirth, 20 J. C.-D. 473 T.

Periodische hereditäre Geistesstörung mit Selbstmordversuchen. In den Jünglingsjahren grosse Zahl unmotivirter Fluchtversuche. Floh z. B. im Winter aus dem elterlichen Hause, ohne irgend welche vorherigen Anzeigen, ohne Ueberzieher mit leichten Schuhen und ging so weit, bis er hilflos wurde und Fremde ihn heimführten. Auch andre sonderbare Handlungen, unüberlegt, impulsiv. War ein Jahr lang in einer Irrenanstalt, in den ersten sechs Monaten leicht stuporös; dann trat er in das Institut Grohmann ein.

Hier zeigte er abwechselnd zwei Zustände:

a) mehrere Tage bis Wochen auf seine Umgebung ganz erbost, zog sich von allen zurück, verlangte stürmisch viele Freiheiten.

b) mehrere Monate lang sehr liebenswürdig, sehr thätig und geschickt zu jeglicher Arbeit, aber selbstbewusster „Aufschneider" und Renomist. Mit der Zeit wurden die ersten Perioden schwächer und seltener. Wird als Inspectorgehilfe auf ein grosses Gut versetzt und erweist sich dort als durchaus brauchbar und verlässlich.

Das Institut hat sich in diesem Falle als sehr gute Zwischenstation zwischen Irrenanstalt und Freiheit bewährt.

Pat. wurde übrigens, weil rückfallsverdächtig vor der Entlassung entmündigt. Seit 3 Jahren kein Rückfall.

26. Psychopathischer Trinker. Student, 25 J. C.-D. 61 T.

Vater war Potator, gemüthskrank und Selbstmörder. Er vernachlässigte die Erziehung seines Sohnes. Pat. ist sehr kräftig, geschickt und intelligent, jedoch excentrisch, phantasiereich, Idealist. Russischer politischer Freiheitsschwärmer. Nach einer zerrissenen Jugend heirathete er und studirte Chemie. Pat. wurde wegen Anfällen von Dypsomanie in eine Irrenanstalt gebracht. Er war in diese verfallen, um Unlustgefühle zu dämpfen. In diesen Anfällen hatte er sich halb besinnungslos gezeigt und war mit dem Kopfe gegen die Wand gerannt, um seinem Leben ein Ende zu machen. In der Irrenanstalt war er sehr ungern und wurde leicht dazu veranlasst, in Grohmanns Institut einzutreten.

Hier wurde er geübt, sich in Geduld zu beherrschen, was ihm besonders abging, und zwar dadurch, dass er unangenehme, vielstündige schwere Arbeiten verrichtete. Unter gelegentlichen kleinen Verstimmungsanfällen gewinnt Pat. seine Zufriedenheit und Zuversicht und wird dahin beeinflusst, das Studium aufzugeben und einen praktischen Beruf zu ergreifen. Mit Rücksicht auf seine Chemiekenntnisse wählte er die polygraphische Druckerei, die er in $2^1/_2$ Jahren mit Erfolg lernte, blieb abstinent und zeigte keine Rückfälle.

Besuchte 3 Jahre später Herrn Grohmann, erscheint gesetzt, ruhig; erklärt, „dass er resignirt habe, seine Weltverbesserungsprojecte wären undurchführbar gewesen; die Gesellschaft evolvire doch nur langsam". Seine eifrigen Bestrebungen zu gesunden, waren durch den Einfluss seiner guten und intelligenten Frau wesentlich unterstützt worden. Lässt keine Rückfälle mehr befürchten.

27. Psychopathie. Gymnasiast, 19 J. C.-D. 160 T.

Pat. stammt aus einer Lehrerfamilie, war vorzügl. Schüler, intelligent, fleissig und allgemein talentirt. Mit 18 J. zweimaliger Sturz auf den Hinterkopf; von da

an permanentes Gefühl von leichtem Kopfweh und Hemmung im Wollen und Denken.

Im Institut Grohmann trat ganz allmählig Besserung ein. Dann trat er auf Grohmanns Rath als Gärtner in die Lehre.

Dort gelegentlich kleine Depressionen, die durch Langweile und Selbstvorwürfe wegen Onanie zu erklären waren. Nach einem Jahre trat das Gefühl voller Genesung und die Ueberzeugung ein, dies dem rationell gewählten Beruf zu verdanken.

28. Constitutionelle Psychopathie. Student, 28 J. C.-D. 597 T.

Pat. ist erblich nicht belastet und stammt aus einer gesunden intelligenten Patrizierfamilie. Er besitzt ein eminentes Gedächtniss, hat sehr viel gelesen und alles gut behalten. Zeigt indessen keine Originalität und keinen Schaffenstrieb. Er ist passiv, Sklave von Gewohnheiten (so in Toilettenangelegenheiten). Penibel, gewissenhaft. Verfiel seit Jahren immer mehr in ein höchst unregelmässiges Leben (Spätaufstehen, Unregelmässigkeit im Essen etc.) mit hypochondrischen Klagen und ohne andre Thätigkeit als Lesen. Gegen Erkältungen hochgradig empfindlich. Kaltwasser und Luftcuren blieben ohne Erfolg. Im Grohmann'schen Institut arbeitete er mit Resignation, ohne Interesse; lässt sich aber zur Regelmässigkeit in der Ernährung und in der Arbeit durch permanentes Zureden bewegen.

Dann wurde er vom Vater in ein Bankgeschäft gesteckt, wo er jahrelang, zwar ungern und unter gelegentlichen hypochondrischen Klagen aber doch regelmässig arbeitete. Dies ist aber grösstentheils durch seine pecuniäre Abhängigkeit von den Eltern zu erklären.

29. Const. Psychopathie. Student, 22 J. C.-D. 27 T.

Pat. ist schwächlich und empfindlich, hat einen höchst eigenthümlichen Character mit ausgesprochenem Distinctionsbedürfniss. Zieht sich vom regulären Studiengang in sein Zimmer klösterlich zurück, lebt sehr egoistisch und rücksichtslos. Er ist schwer dazu zu bewegen, in's Institut Grohmann einzutreten, ist hier schwer zu befriedigen, gewöhnt sich aber rasch an anhaltendes Graben im Garten, strapaziöse Spaziergänge und Ruderpartien. In einem seiner immer wiederkehrenden Anfälle von Selbständigkeitstrieb verlässt er das Institut ungebessert. Er hat später mit anderen Curen umsonst probirt. Curdauer natürlich zu kurz.

30. Constit. Psychopathie. Innervationsmangel. Russischer Student, 18 J. C.-D. 46 T.

Pat. bereitet sich für das Polytechnicum vor. Ist klein, schwächlich, naiv, hochgradig ungeschickt, intendirte Bewegungen auszuführen. Stottert. Hat sich bis dahin nur mit sozial-demokratischer Literatur befasst und hält es für seine Pflicht „sich an der Lösung der sozialen Frage“ zu beschäftigen. Beim Eintritt ins Institut Grohmann kann Pat. nur schwankend auf den 30 cm breiten Gartenwegen vorwärts kommen; fällt gelegentlich in die Beete. Die Giesskanne kann er nur zitternd und ohne Erfolg handhaben. Die kleinen Fortschritte in seiner Besserung, die in Grohmann's Institut eintraten, sah er mit Vergrösserungslinsen an. Nach 46 T. tritt er, „um weiter zu studiren“, aus und fühlt sich wegen der geringen erreichten Geschicklichkeit moralisch gekräftigt. — Die Curdauer natürlich auch zu kurz.

31. Apathie. Student, 27 J. C.-D. 43 T.

Pat. ist sehr gross und kräftig gebaut, erblich nicht belastet — wird seit einem Jahre phlegmatisch, apathisch. Pat., der ziemlich intelligent war, unterstützt durch seinen guten Willen die Cur bei Grohmann. Arbeitete anhaltend mit viel Kraftaufwand. Kam später durch Protectionen in eine gute Berufscarrière. Curdauer zu kurz um einen Erfolg constatiren zu können.

32. Constitutionelle Psychopathie mit einem Stich in Verrücktheit. 17 J. C.-D. 129 T.

Pat. stammt aus einer reichen aristocratischen Familie. Ihr Vater und drei Geschwister geisteskrank. Sie ist intelligent, talentirt, von Kindheit an sehr impulsiv, zornig und ungeduldig. In der Familie fortwährend in Streit mit ihren Geschwistern. Im Institut Grohmann beschäftigte sie sich am Vormittag mit Hausgeschäften und Musik, am Nachmittag mit Tischlerei. Beim Austritt nur eine leichte Besserung im Benehmen, sonst keine Veränderung.

33. Psychopathie. Student, 28 J. C.-D. 213 T.

Sohn aus einer Familie, in welcher lauter Lebemänner, Sportsmänner und schuldenmachende Officiere waren. In der Jugend wenig Auffallendes. Beim Eintritt in's Universitätsleben sofort vollständiges Verbummeln, Schuldenmachen, Trunk und Liederlichkeit, Syphilis. Danach im Sprechen und Denken etwas gehemmt, intellectuell zurückgegangen, apathisch und inhaltslos. Im Institut Grohmann war er nur mit grösster Mühe zu etwas Arbeit zu bewegen. Das Sehrspätaufstehen war ihm nicht abzuschneiden. Wegen sexueller Perversion mit Erfolg hypnotisirt. Entzog sich durch die Flucht aus dem Institut.

34. Const. Psychopathie. — Schwachsinn. Verfolgungswahn. Student, 20 J. C.-D. 112 T.

Pat. ist von sich sehr eingenommen, fühlt sich als Centrum der Gesellschaft, spricht und correspondirt sehr viel, intriguirt und wähnt sich dann plötzlich von den Personen seiner Umgebung verfolgt.

Im Institut Grohmann entwöhnt er sich etwas vom dummen Luxus und lernt etwas besser mit Geld umgehen. Entflieht im Verfolgungswahn aus dem Institut. Zwei Jahre später schreibt der Vater, dass Pat. fortgesetzt Dummheiten begehe. Unheilbar.

Résumé.

Wenn wir nun am Ende dieser Arbeit uns kurz fassen wollen, so werden wir Folgendes hervorheben:

1. Durch die zweckmässige nützliche manuelle Arbeit und durch eine fortwährende suggestive Beaufsichtigung kann man in vielen, bes. frischen Fällen, die Erscheinungen der Hysterie (Zwangs-Ideen und Impulse, Grübeleien, Autosuggestionen, Parästhesien aller Art u. dergl.) der Neurasthenie im engeren Sinne des Wortes (d. h. reizbare Schwäche, pathologische Uebermüdung) oft zum Verschwinden bringen.

2. Die Schwachsinnigen, die Psychopathen und die Trinker, werden je nach der erblichen Anlage, je nach der Dauer

der Erkrankung und der damit mehr oder weniger zahlreich verbundenen schlechten Gewohnheiten an regelmässige Arbeit gewöhnt, die auf sie und auf ihre Umgebung den besten Einfluss ausübt. Bei Trinkern muss natürlich die Alcoholabstinenz als Hauptbedingung eines Erfolges voran- und mitgehen.

3. Die Hypochonder und Paranoïker ziehen meist nur geringen Vortheil aus einer Arbeitscur, die ersten wegen ihrer inneren Unruhe und Wechselsucht, die anderen, weil sie aus Verfolgungswahn nicht ausharren.

4. Die Combination der suggestiven (hypnotischen) Therapie mit derjenigen der Beschäftigung ist sehr zu empfehlen.

5. Ein wichtiger Punkt ist der Anstoss zur Erlernung eines Berufes. Es giebt zu gleicher Zeit mit der Cur einem verzweifelten arbeitsunfähigen Menschen die Aussicht sein Brot später zu verdienen, sodass die moralische Hebung und die Nutzbarmachung seiner Kräfte mit seiner Besserung oder Heilung einhergeht, wenn Alles nach Wunsch gelingt.

Zum Schlusse möchte ich noch hervorheben, dass wirklich gute Resultate von der leitenden Persönlichkeit abhängig sind, da die Patienten fortwährend ermuthigende Hoffnungsworte, aber auch Strenge und Consequenz bedürfen. Dies ist nur möglich wenn eine geringe Anzahl Patienten einer passenden leitenden Persönlichkeit unterstellt sind. Zu einem einfachen und schablonenmässigen Engros-Betrieb scheint also diese Art Behandlung nicht geeignet zu sein.

Die ganze Sache ist neu und muss noch nach allen Seiten geprüft und vervollständigt werden. Die grösste Schwierigkeit liegt oft im Unverstand und in der Einsichtslosigkeit der Angehörigen oder der Kranken selbst, welche nicht begreifen können, dass die Arbeit ein Hauptheilmittel sein kann. Diese Schwierigkeit muss allmählich durch Beispiele und Erfolge überwunden werden.

An dieser Stelle sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. A. Forel für die Anregung zu dieser Arbeit sowie für die mannigfache Unterstützung während der Abfassung derselben meinen besten Dank auszusprechen; ebenso bin ich dem bewährten Leiter des Beschäftigungsinstitutes Herrn Civilingenieur Grohmann für die mir erwiesene zuvorkommende und werthvolle Hülfe zu grossem Danke verpflichtet.

Internationaler Congress für Neurologie, Psychiatrie, Electrotherapie und Hypnologie zu Brüssel vom 14. bis 21. Sept. 1897.

Ich folge gerne der an mich ergangenen Aufforderung, einen Ueberblick über die Arbeiten dieses Congresses zu geben, soweit sie sich auf die Hypnologie beziehen und soweit sie die Leser der Zeitschrift für Hypnotismus interessiren können.

Von den Besuchern resp. Mitarbeitern des Congresses seien Prof. Liégeois (Nancy) und Dr. Durand-(Gros) hervorgehoben. Leider war der Letztere, einer unserer ersten Vorkämpfer, der Verfasser des „Electrodynamisme vital", der „Relations physiologiques entre l'esprit et la matière (Paris 1855)" und des „Traité du Braidisme ou de l'hypnotisme nerveux" (1860)". durch sein hohes Alter verhindert, dem Congresse beizuwohnen. Dr. Paul Hartenberg-(Paris) hatte es übernommen, in seinem Namen die Abhandlung über „Psychologie und Moral des Unterbewussten" zu verlesen. Verfasser recapitulirt die Theorie vom thierischen Polyzoismus, welche er als Erster im Jahre 1855 aufgestellt hat. Der menschliche polyzoische Organismus bietet offenbar eine Vereinigung von abgrenzbaren Elementen dar, welche alle Grundeigenschaften eines Lebewesens zeigen. Die nervösen Centren, Reflexcentren genannt, sind ebenso viele Gehirne zweiter Ordnung, von denen jedes, gerade so wie das Haupthirn der Sitz eines psychisch abgegrenzten Individuums ist, einer wirklichen Persönlichkeit im moralischen Sinne. Diese Gehirne zweiter Ordnung spielen eine hervorragende Rolle in unserm moralischen Seelenleben, eine Rolle, welche mindestens ebenso bedeutend ist, wie die des Haupthirns, wenn nicht bedeutender. Man hat wichtige Fragen in Bezug auf den Einfluss, den diese unbewusste Seelenthätigkeit in psychologischer, suggestiver, moralischer Beziehung ausübt, aufgeworfen, indessen begnügt sich der Verfasser damit, Anregungen zu geben, ohne Thesen zu formuliren.

Ich empfehle ganz besonders den Lesern der Zeitschrift für Hypnotismus, welche sich für diese Studien des Dr. Durand interessiren, die Lektüre seines Buches „Le mystérieux scientifique" (Felix Alcan, Paris 1894). Man wird die Anschauungen des Verfassers nicht ohne Weiteres acceptiren, aber die Lectüre seiner Arbeiten giebt zu denken und ist ein seltener Genuss.

Prof. Liégeois hatte die Güte, ein Referat über die „criminellen Suggestionen“ zu übernehmen. Obgleich der Vortrag desselben zwei Stunden in Anspruch nahm, fesselte er die Zuhörer bis zuletzt. Die Thesen des Herrn Referenten fanden die Zustimmung der grossen Mehrheit der Congressmitglieder. Sie lauteten:

„Bei jedem Individuum, welches in tiefen Somnambulismus gebracht werden kann, kann man durch Verbalsuggestion einen wirklichen Automatismus hervorrufen. In diesem Zustand ist der Patient in moralischer wie physischer Beziehung willenlos dem Experimentator hingegeben, er sieht nur das, was er sehen soll, fühlt nur, was er fühlen soll, glaubt nur, was er glauben soll, thut nur, was er thun soll. Die Ausführung der Suggestion kann auch nach dem Erwachen stattfinden, früher oder später (Liégois hat noch nach 365 Tagen eine Suggestion verwirklicht gesehen). Der Somnambule kann ohne sein Mitwissen zum Urheber eines Verbrechens, sogar eines Meuchelmordes gemacht werden. In einem solchen Falle kann der Thäter nicht zur Verantwortung gezogen werden, da er ohne Freiheit des Willens gehandelt hat, nur der Urheber der Suggestion ist zu verfolgen und zu bestrafen.“

Von den gegentheiligen Ansichten der Salpêtrière zu Paris, gestützt durch den verstorbenen Prof. Charcot, durch Brouardel, Motet, Ballet, Gilles de la Tourette und 1892 durch Prof. Delboeuf in Lüttich (Hypnotisme et criminalité, Revue philosophique März 1892 Alcan Paris), der früher die Ansicht der Schule von Nancy getheilt hatte, unterwirft Liégeois die Kritik des Prof. Delboeuf einer Besprechung und stellt fest, dass die gegen die Thesen von Nancy angeführten Beobachtungen falsch gedeutet sind. Als Beweis für die Richtigkeit seiner Behauptung führt er folgende Beobachtung an: „N . . ., ein ausgezeichneter Somnambule, hat von einem Dr. X., einem unvorsichtigen und unerfahrenen Hypnotiseur, die unbestimmte Suggestion bekommen, zu stehlen. Er begeht nun eine Reihe von Diebstählen, welche endlich seine Verhaftung herbeiführen. Er gesteht alles, er hat Halskragen, Cravatten, Kleider, sogar Visitenkarten gestohlen; er hat alle seine Vergehen auf einem Blatte, welches er stets bei sich führte, genau aufgezeichnet und er erklärt dem Criminal-Commissar die Schriftzeichen, in welchen er dieses Material für seine gerichtliche Verfolgung niedergelegt hat. Er wurde vom Polizeigericht zu Nancy (1886) zu 2 Monat Gefängniss verurtheilt. Diese Beobachtung zeigt, dass die Annahme einer „Comödie“, welche die Somnambulen in den „Sprechzimmer-Verbrechen“ spielen sollen, denn doch endgültig aufgegeben werden sollte.

Der erste Theil des Referates behandelte den „Verbrecher wider Willen“, der zweite Theil das „ohne sein Wissen missbrauchte Weib“. „Im Zustand des spontanen oder provocirten Somnambulismus können Frauen, Mädchen „missbraucht“ werden, ohne es zu wissen, ohne es zu fühlen, ohne eine Erinnerung daran zu haben. Abgesehen von diesen Verbrechen, deren Folgen scheusslich sein können, könnte man ihnen gemeine Gefühle, niedrige Gedanken, schändliche Handlungen durch Suggesstion eingeben. Keine Familie, hoch oder niedrig, ist frei von dieser Gefahr, denn allüberall sind die Frauen, die Mädchen dem Verkehr mit Leuten zweifelhafter Gesinnung: Bedienten, Kutschern etc. ausgesetzt.“ Zur Stütze seiner These bezieht sich Prof. Liégeois auf verschiedene Urtheile, welche er in früheren Arbeiten veröffentlicht hat:

„De la suggestion hypnotique, dans ses rapports avec le droit civil et le droit criminel. Séances et travaux de l'Académie des sciences morales et politiques 1884 2e sem. p. 220"

und: „De la suggestion et du somnambulisme, dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale. 1 vol. gr. in 18 Paris, O Doin, éditeur,"

ferner auf den Fall Czynski, der den Lesern der Zeitschrift für Hypnotismus (Jahrgang 1894—1895 Grossmann und v. Schrenck-Notzing) genugsam bekannt ist.

Diese gerichtlich und wissenschaftlich festgestellten Thatsachen scheinen dem Referenten genügend die Gefahren, von denen er gesprochen hat, zu characterisiren, Gefahren, denen wenigstens 4 oder 5 % der Bevölkerung, das ist für Brüssel ungefähr 20000 Personen, für Paris 100000 ausgesetzt sind. Zum Glück lässt sich diesen Gefahren begegnen.

Man kann einer suggestibeln Person suggeriren, dass Niemand sie in Somnambulismus versetzen, noch auch ihr erfolgreiche Suggestionen geben könne. Prof. Liégeois führt als Beweis eine von ihm im Jahre 1880 in Lüttich im Hopital de Bavière in Gegenwart der Herren de Laveleye, Delboeuf, Dr. X.. dem Institutsarzt gemachte Beobachtung an. Der Erfolg war ein vollständiger. Dasselbe haben in Nancy Dr. Liébault, Bernheim und Beaunis beobachtet.

Sein Schluss ist folgendermaassen: Es wäre gut, wenn Jedermann, besonders Frauen und junge Mädchen, sich genau vergewissern liessen, bis zu welchem Grade sie suggestibel sind. Zu diesem Zwecke müssten sie versuchen, sich von einer competenten Persönlichkeit in Somnambulismus versetzen zu lassen. Tritt tiefer Somnambulismus ein, so ist es unumgänglich nothwendig, die Suggestion zu geben, dass Niemand und auf keine Weise die Hypnose hervorrufen kann. Referent nennt das: Schutzsuggestion, eine Art von moralischer Schutzimpfung.

Der Bericht schliesst mit allgemeinen Betrachtungen über die Stellung des Hypnotismus und der Suggestion in der Philosophie, der Geschichte, der Medicin, der Jurisprudenz; er zeigt, wie der neue Wissenszweig Licht in alte, lange dunkel und unerklärlich gebliebene Erscheinungen: die Erzählungen von Zauberern, Visionen, Stigmata, Ekstasen etc. bringt. Prof. Liégeois ist der Ansicht, dass jeder Fortschritt der Erkenntniss als solcher gut ist, dass aber jedes dadurch erlangte Uebergewicht von dem Betreffenden zum Guten oder zum Bösen angewendt werden kann. Es würde einen Fortschritt der Justiz und der Menschlichkeit bedeuten, wolle man das menschliche Gewissen einer näheren Untersuchung unterziehen. An der Discussion über dieses Referat nahmen Theil Prof. Crocq, der Vater (Brüssel), Dr. Castelain (Brüssel), Dr. Foveau de Courmelles (Paris) und Dr. van Renterghem.

Dr. Crocq. Man sagt: Jemand begeht ein Verbrechen nur dann, wenn er dazu disponirt ist und ein Interesse an dem Verbrechen hat. Das Studium des Gewissens zeigt bei vielen Menschen niedere Instincte, Dispositionen zu Verbrechen und man ist im Stande, diese durch die Suggestion aufzudecken. Die latenten Dispositionen sind meist durch die Erziehung gegeben. Man muss sich hüten vor den Unzulänglichkeiten, welche aus ähnlichen Beobachtungen crimineller Suggestion entstehen können. Die öffentlichen hypnotischen Schaustellungen von Charlatans

sind gefährlich, weil sie bei gewissen Zuschauern verbrecherische Neigungen hervorrufen können.

Dr. Foveau de Curmelles glaubt nicht, dass es wirkliche criminelle Suggestionen bei hypnotisirten Individuen giebt.

Dr. Castelain stimmt der These des verehrten Referenten zu. Aber er meint, dass die Bedingungen der Beobachtung von Einfluss sind, vor allem die Erziehung, die nur eine Reihe von früheren im Wachzustande gegebenen Suggestionen darstellt.

Fürchtet übrigens Prof. Liégeois nicht, dass die „Schutzsuggestion" bei als suggestibel befundenen Persönlichkeiten nicht wirkungslos verlaufen könnte? Die Gesellschaft hat das Recht, die haltlosen Charactere zu isoliren und sie müsste mit aller Energie gegen die Suggestion vorgehen. Die schroffe und strenge Unterdrückung des Duells in England hat dieses Land von den Duellanten befreit.

Dr. van Renterghem erklärt sich incompetent, über die Frage der criminellen Suggestion zu urtheilen. Die negativen Resultate eines Versuches entkräften in keiner Weise die These und schliessen es nicht aus, dass ein anderer mehr durch die Umstände begünstigter Versuch sich bedauerlicherweise verwirkliche. Andererseits lassen die Versuche, welche geglückt sind, die Annahme einer Absicht bei dem hypnotisirten Subject zu, und die Möglichkeit, dass dasselbe geschauspielert habe, um dem Hypnotiseur gefällig zu sein.

Dr. v. R. seinerseits enthält sich fast vollständig bei seinen Patienten Versuche zu machen, welche nicht mit den normalen Functionen des Subjects in Einklang stehen, er hat nur die Heilung derselben im Auge und weicht hiervon nur in dem einen Falle ab, dass der Patient ihn bittet, mit ihm einige Experimente zu machen.

Einen derartigen Fall möchte er hier vortragen, der die Ansicht derjenigen Autoren widerlegt, welche behaupten, dass die Hypnotisirten nur die Suggestionen ausführen, welche ihnen angenehm sind.

Es war ihm gelungen, einen Collegen zu heilen, einen hochgestellten Militärarzt. Er war 54 Jahre alt, litt an einer Hystero-Neurasthenie, deren schwere functionelle Symptome seine fernere Carriere unmöglich zu machen drohten. Herr v. L. war sehr suggestibel und kam in tiefen Somnambulismus mit vollständiger Amnesie. Er war denn auch der Meinung, dass er seine Heilung nicht der Suggestion, sondern in erster Linie dem wohlthuenden künstlichen Schlaf verdanke. Er glaubte sogar, dass er überhaupt vom Ref. keine Suggestionen empfangen habe. Obgleich Ref. ihm fest versicherte, dass dies doch der Fall sei, blieb er zweifelnd. Er bat Ref. dann, ihm einige hypnotische oder posthypnotische Suggestionen zu geben derart, dass er genügend überzeugt würde, dass Ref. Recht hätte. Ref. versprach ihm, seinem Wunsche zu willfahren und unternahm Folgendes:

Herr v. L., ein sehr ehrgeiziger Mann, hatte begründete Aussicht, sehr bald zum General-Inspector des Sanitätsdienstes befördert zu werden und würde um keinen Preis der Welt seinen Dienst aufgegeben haben. Ref. brachte ihn in tiefen Schlaf und suggerirte ihm zunächst die Rückkehr der Symptome, wegen deren er des Ref. Hülfe nachgesucht hatte, dann Unheilbarkeit und dauernde Invalidität. Ref. erklärte ihm, dass er nicht im Stande sei, seinen Dienst weiter zu versehen, und dass er seine Entlassung einreichen müsse und zwar augenblicklich, da ihm sonst das Ministerium zuvorkommen würde. Nach einigem Zögern pflichtete er Ref. bei. Dieser liess ihn dann die Augen öffnen, dabei aber ruhig weiter schlafen, gab ihm eine

Feder mit Tinte in die Hand, schob ihm ein Blatt Schreibpapier hin und liess ihn, ohne ihn aufzuwecken, sein Entlassungsgesuch schreiben und signiren. Als er fertig war, machte Ref. die Suggestion eines Recidivs unwirksam, versicherte ihn der völligen Heilung und weckte ihn erst, nachdem Ref. sich von seiner völligen Beruhigung überzeugt hatte und ihm vollständige Amnesie suggerirt hatte.

Seine ersten Worte waren: „Haha, College, also wieder eine Sitzung ohne Suggestion!“ „Nicht so ganz, wie Sie glauben“, erwiderte Ref. und hielt ihm sein Entlassungsgesuch entgegen. Die Wirkung war überwältigend. Er wurde bleich; ein hysterischer Anfall drohte, dessen Abwendung Ref. Mühe machte. Es gelang jedoch, ihn wieder einzuschläfern, ihn wieder gänzlich zu beruhigen und seine Erinnerung an die obige Scene wegzunehmen. Zum Glück hatte dieser Versuch keinerlei nachtheilige Folgen. Einige Zeit später wurde der College zu dem Range befördert, nach welchem er strebte, und er hat denselben eine Reihe von Jahren mit Ehren versehen. Er ist vor einiger Zeit gestorben.

Herr Liégeois antwortet auf Dr. Crocq's Einwände, dass er die Berechtigung derselben anerkennt. Aber es kommen Unzuträglichkeiten nur bei schlecht geleiteten Versuchen vor. Schädliche von unehrenhaften, incompetenten Leuten gegebene Suggestionen und die daraus entstehenden Gefährlichkeiten erheischen die grösste Beachtung.

Gegenüber Dr. Foveau de Courmelles bringt Ref. wiederholt in Erinnerung, dass die verbrecherischen Suggestionen nur in der Minderzahl der Fälle bei den tiefen Schläfern von Bedeutung sein können. Er betont, dass nach seiner Ansicht das Verhör der Angeklagten, welche man als Somnambule kennt, im Zustand des Somnambulismus vorgenommen werden müsse. Man könne so durch Weckung der Erinnerung bei dem Angeklagten den wahren Schuldigen, der die verbrecherische Suggestion gegeben hat, entdecken.

Gegenüber Dr. Castelain erwidert Herr Liégeois, dass die Schule von Nancy nicht glaubt, dass die Suggestion nur auf die Degenerirten, die Hysterischen anwendbar sei. Es ist das vielmehr die Meinung der Salpêtrière, welche nur die somatische Seite der Erscheinungen betrachtet hat und die viel bedeutendere, ja eigentliche primäre psychische Seite vernachlässigt hat. Wir rufen in Nancy durch psychische Einwirkung bei geeigneten Fällen Contracturen und andere körperliche Symptome hervor.

Zum Schluss spricht Referent Dr. van Renterghem seinen Dank aus für die kräftige Stütze, welche er der Nancyer These durch seine wichtige Mittheilung gegeben habe.

Ein anderes Referat, von welchem ich mir viel versprochen hatte, welches aber, wie ich zu meinem Bedauern gestehen muss, keineswegs meinen Erwartungen entsprochen hat, hatte Dr. Milne Bramwell (London) übernommen. In der That, das angekündigte Thema:

Der therapeutische Werth des Hypnotismus und der Suggestion liess unser geehrter College zurücktreten gegenüber langen Auseinandersetzungen über die Geschichte des Mesmerismus und Hypnotismus, namentlich aber über die hervorragenden Verdienste seiner Landsleute Esdaile, Elliotson und Braid.

Er geht so weit in seinem Patriotismus, dass er die Verdienste der fremden

Gelehrten vollständig zurückstellt und dass er selbst Liébeault das Verdienst, zuerst die Verbalsuggestion systematisch angewendet zu haben, bestreiten will. Auch dieses Verdienst komme Braid zu. Er giebt zu, dass Preyer in seinen „Ausgewählten Schriften Braid's“ kein Wort davon sagt, aber er will in etwa 30 Publicationen von Braid, welche auf die von Preyer herausgegebenen folgen, in dieser Hinsicht überzeugende Beweise gefunden haben. Warten wir die Veröffentlichung dieser Schriften, welche Dr. Bramwell sicherlich in Aussicht genommen hat, zunächst ab. Aber selbst dann, wenn Bramwell seine Behauptungen klar beweist, wird man sicherlich nicht dem Gründer der Schule von Nancy das Verdienst absprechen, selbstständig und unabhängig zu derselben Wahrheit wie Braid gelangt zu sein. Aehnliches kommt doch oft in der Wissenschaft vor. Liébeault, der einsam in seinem Dorfe zu Pont Saint-Vincent sass, des Englischen von Braid und des Deutschen von Preyer unkundig war, konnte keine derartige Vorkenntnisse haben.

Nach diesen historischen Erörterungen geht Bramwell zum eigentlichen Thema des Referats über. Aber auch hier befriedigte er mich keineswegs. Ich erwartete eine kritische Studie über die Resultate zu hören, welche von den verschiedenen Autoren erreicht waren, verglichen mit seinen eigenen Erfolgen und Misserfolgen. Ich rechnete darauf, dass der Redner uns die Indicationen und Contraindicationen der Hypnose und Suggestion vorzeichnen würde — aber fast alles, was ich berichten kann, ist folgende Aufzählung: „Therapeutische Erfolge“:

„Ich habe guten Erfolg in zahlreichen Fällen gehabt, unter anderen in folgenden Krankheiten: Moral insanity, Melancholie, Alcoholismus, Morphinismus, Cocainismus, Hystero-Epilepsie, Singultus, hysterisches Zittern, Neurasthenie, Schlaflosigkeit, Migräne, Chorea, Zwangvorstellungen, Incontinentia urinae, Gesichtsneuralgie, Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Menorrhagie, Seekrankheit, Gelenkrheumatismus, chronisch Rheum., Stuhlverstopfung, Hyperhidrosis, Pruritus, Ekzem.“

„Ich kann hier keine Einzelheiten von allen diesen Fällen geben, ich werde mich darauf beschränken, die drei grossen Klassen von Krankheiten aufzustellen, wo der Hypnotismus besonders wirksam ist, nämlich:

1. Der Alkoholismus und verwandte Erkrankungen,
2. Zwangsvorstellungen,
3. Neurasthenie.“

Von jeder Klasse theilt er dann einige sehr kurz gefasste Beobachtungen mit. Dann, ohne Rücksicht darauf, dass er von der Tagesordnung abweicht, verliert sich der Redner in den zahlreichen Theorien des Hypnotismus und dabei bedient er sich die ganze Zeit hindurch seiner Muttersprache, während er leicht im Stande ist, sich in französischer Sprache verständlich zu machen. Ich weiss aber sicher, dass die grosse Mehrzahl der Congressbesucher nicht genügend Englisch verstand, um ihm folgen zu können. Es war deshalb nicht zu verwundern, dass der Vorsitzende ihn mehrere Male bat, abzukürzen. In der Ueberzeugung, dass die Zuhörerschaft ungeduldig würde, weil sie seinen Vortrag nicht verstand, trug er den Schluss in sehr verständlichem Französisch vor und improvisirte dabei sogar, indem er das Thema des Vormittags über die verbrecherische Suggestion wieder aufnahm. Er zeigte sich als Gegner der These von Nancy. Es will mir scheinen, als ob Herr Bramwell besser gethan hätte, an der Disscusion am Schlusse des Referats von Prof. Liégeois theilzunehmen, anstatt jetzt post festum seinerseits zu beginnen.

Dr. Castelain (Brüssel) machte eine Mittheilung über:

Die Suggestion des täglichen Lebens und die physiologische Macht des Gedankens; Betrachtungen über die psychische Behandlung. Der heilende Einfluss des Gedankens auf den Körper ist in seinem Wesen verschieden, je nach den Patienten, er wird gewöhnlich verstärkt durch den Zustand der Hypnose und durch Alles, was Glauben einflösst. Die psychische Behandlung ist trotz der wissenschaftlichen Grundlage, auf der sie beruht, viel zu sehr in der Praxis vernachlässigt, indessen muss derjenige, welcher sie ausübt, in verschiedener Weise auf der Hut sein. Die Suggestion ist mächtig, aber sie bietet nicht alles.

Der Hypnotismus ist keine Panacee. Der Wirksamkeit desselben bei einer grossen Zahl functioneller Störungen steht die geringe Wirksamkeit bei tieferen organischen Störungen gegenüber. Sehr viele Individuen sind refractär. Der Erfolg ist an die Erfüllung zahlreicher Vorbedingungen geknüpft und an Stelle der brutalen („brutale") Hypnose und der groben („grossière") Suggestion ist oft eine psychische Erziehung im Wachzustande am Platze. Im Uebrigen darf die Suggestion nicht immer die ganze psychische Behandlung ausmachen, sondern man muss die Behandlung zu individualisiren wissen. Man muss endlich, um zu einer definitiven Heilung zu gelangen, sehr oft ein wohl verstandenes medicamentöses Verfahren einschlagen, welches der zu eifrige Psychotherapeut oft vergisst.

Dr. Aimé (Nancy) trug vor: „Ueber den therapeutischen Werth der suggestiven Behandlung im Wachzustande."

„Die suggestive Behandlung (entraînement suggestif actif) im Wachzustande ist eine neue Art psychotherapeutischer Beeinflussung. Das Verdienst, sie in die Praxis eingeführt zu haben, gebührt Prof. Bernheim und seinem Beispiel folgend haben mein Freund, Dr. Hartenberg (Paris), und ich dieselbe oft mit Erfolg angewendet. Diese Art psychischer Einwirkung beruht auf dem Princip, dass man die Vorstellung der Heilung durch eine lebhafte Manipulation einpflanzt. Indem man den Gedanken bis zum Beginn seiner Ausführung lebendig vorstellt, reizt man durch das Beispiel zur Nachahmung. Eine nicht verwirklichte Suggestion ist oft nur eine unfruchtbare Mittheilung des Gedankens und bleibt für viele Gehirne ein todter Buchstabe. Die lebhafte Aufmunterung ist eine lebendige Verkörperung des heilwirkenden Gedankens. Dieser Gedanke, der anreizend wirkt und durch die Stimme und die Geste anregt, macht seine Wirkung geltend auf die corticalen Zellen und durch sie auf die Reihe der nervösen Elemente. Andererseits hat er eine ableitende Wirkung auf Ideen, welche bis dahin aufgehäuft, ein zu hebendes Hinderniss darstellen. Der Kranke wird seinen autosuggerirten Eindrücken, über die er sich beklagt, entrissen.

Verschiedene Categorien von Kranken sind für diese Behandlung geeignet: einestheils die aboulischen Neurastheniker und überhaupt die Psychopathen, welche aus irgend einer Ursache einen verlangsamten Gedankenablauf haben; anderntheils die durch psychisches Trauma entstandenen lähmungsartigen oder krampfartigen Störungen; eine Reihe von diesen Kranken sind sowohl gegen die hypnotische Suggestion wie überhaupt gegen jede andere Behandlung refractär." Aimé meint, dass er diese Behauptung durch mehrere bezeichnende Beobachtungen stützen könne.

Dr. Joire ist als Professor am psycho-physiologischen Institut von Dr.

Bérillon in Paris thätig und hält einen Cursus für Hypnologie in Lille ab. Dr. Joire hat sich für zwei Referate einschreiben lassen. In Hinblick auf die geringe Zeit und die Fülle des Materials verliest er nur sein erstes Referat: Forensische Studie über den Hypnotismus und die Suggestion. Die folgenden Schlüsse des Autors stimmen in jedem Punkte mit der These von Prof. Liégeois überein:

„Unter gewissen Umständen geräth ein Individuum, welches lange hypnotisch behandelt worden ist, oder welches sich früher in einem pathologischen Zustand befand, in eine Abhängigkeit, welche sich nicht nur auf den hypnotischen Schlaf, sondern auch auf den Wachzustand beziehen kann. Diese Abhängigkeit kann nicht nur für die einfachsten Suggestionen, sondern für alle Art Handlungen bestehen, selbst für die complicirtesten Verbrechen, und die ernsthaftesten Folgen können aus derselben entstehen.

Man soll diese Thatsache weder übertreiben, noch auch in ihrer grossen Tragweite leugnen wollen, man muss sie vielmehr in das wahre Licht setzen, wie sie in Wirklichkeit ist, d. h. zugestehen, dass in gewissen Fällen, aber allerdings nur in seltenen wohl abzugrenzenden Fällen, der Hypnotisirte der absoluten Gewalt des Hypnotismus unterworfen ist.

Aber man darf nicht vergessen, dass die tiefere Erkenntniss und das wissenschaftliche Studium dieses Theiles der Physiologie uns zugleich in den Stand setzt, die Schuldigen zu entlarven, ihnen auf ihrem verbrecherischen Wege Einhalt zu gebieten und sie dem Gesetze zu überantworten.

Der gerichtliche Sachverständige, der alle nöthigen Mittel zu Hülfe nimmt, um den geistigen Zustand des zu Untersuchenden gründlich zu studiren, wird Anhalte genug bekommen, um den Gerichtshof über die Zurechnungsfähigkeit desselben aufzuklären."

Der zweite Vortrag hatte als Thema:

„Medium und Hypnose".

Ich möchte auf diese Arbeit, welche den Rahmen dessen überschreitet, was sich die Zeitschrift für Hypnotismus als Ziel gesetzt hat, nicht näher eingehen und mache die Leser, welche dieselbe studiren möchten, auf Heft 4 (Juli-August) der „Annales des sciences psychiques" von Dr. Dariex 1897 (Paris, Félix Alcan) aufmerksam, woselbst sich Dr. Joirre's Studie in extenso wiedergegeben findet.

Dr. Stadelmann, der versprochen hatte zum Congress zu kommen, war im letzten Augenblick am Erscheinen verhindert. Er hatte angezeigt: Beitrag zur Therapie der sexuellen Neurasthenie. Es soll nur constatirt werden, dass er seine Kranken mit einer Special-Methode, der cathartischen, behandelt.

Dr. van Velsen (Brüssel), der seit bald 6 Jahren die Psychotherapie ausschliesslich ausübt, hat in einer Mittheilung an den Congress die unleugbaren Wohlthaten der Suggestion und des künstlichen Schlafes in ihrer systematischen Anwendung auf die functionellen Neurosen; die Hysterie und Neurasthenie, zusammengestellt. Er schliesst folgendermaassen:

„Ich muss leider schliessen; aber ich kann sagen, dass wenn man überall in der ganzen Welt die psychotherapeutischen Kliniken sich entwickeln sieht, wenn man die sehr grosse Zahl von Heilungen (und von Besserungen), die in all den Werken und Revuen zusammengestellt sind, betrachtet, dass die Psychotherapie

eins der mächtigsten Hülfsmittel ist, welches sich erfahrenen Aerzten als Handhabe darbietet. Es ist nur zu bedauern, dass man auf den Universitäten kaum vom Hypnotismus bei den Medicin-Studirenden spricht. Wenn diese dann in die Praxis eintreten, sind sie darin vollständig unorientirt, misstrauen wie ihre Vorfahren der Sache und geben sich nicht die Mühe zu prüfen, ob ihr Misstrauen gerechtfertigt ist. Was unser Land betrifft, so nehme ich die Klinik der Herren Prof. Verriest und Crocq fils aus."

Zum Schluss meiner Uebersicht muss ich einer Mittheilung Erwähnung thun, welche ich selbst über die Heilung eines Falles von Zwangsbewegungen, der allen anderen Behandlungsweisen getrotzt hatte, vortrug. Ich gehe darauf nicht weiter ein, weil diese Beobachtung bereits in dieser Zeitschrift veröffentlicht worden ist.

Amsterdam, den 4. October 1897.

Dr. van Renterghem.

Zusammenstellung der Literatur über Hysterie aus den Jahren 1896 und 1897.

(1. Fortsetzung.)

---

16. *Dr. Ernst Schultze*, **Ueber pathologische Schlafzustände und deren Beziehung zur Narcolepsie.** Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. 52 Bd. IV., p. 724.

Der Verf. giebt eine Zusammenstellung der Literatur — soweit sie ihm zugänglich gewesen ist — über Krankheitsfälle mit anfallsweise auftretenden Schlafzuständen, die sich, obgleich einige der Autoren versucht haben, einen besonderen Krankheitstypus, die Narcolepsie, aufzustellen — abgesehen von einigen wegen ungenauer Beobachtung unklaren — alle als hysterische oder epileptische Zustände herausstellen. Er selbst fügt zwei eigene Fälle hinzu.

1. Ledige Fabrikarbeiterin, 1871 geb., keine nervöse Belastung. 22. Juni 1894 plötzlicher Tobsuchtsanfall, in dem sie gegen Personen aggressiv wird und Material demolirt. 26. Juni in die Irrenanstalt aufgenommen ist sie klar und geordnet, hat an den Anfall nur eine ganz summarische Erinnerung. Am 26. Aug. entlassen, jedoch am 3. Sept. aufs Neue eingeliefert, da wieder Anzeichen geistiger Störung aufgetreten waren. 18. Oct. Bewusstseinsverlust mit Zuckungen in Armen und Beinen, sah Feuer, Blut, Wasser etc., erwachte am 21. Oct. mit totaler Amnesie. Sie hat dann noch öfters Schlafanfälle gehabt, im Ganzen 13, die 5 Min. bis 6 Stunden, im Durchschnitt 15—20 Min. dauerten. Vorher gingen Kopfschmerzen, nachher folgten Abgeschlagenheit und Müdigkeit. Die Anfälle traten zu jeder beliebigen Zeit, ohne jede Veranlassung auf, machten stets den Eindruck eines Schlafzustandes ohne Zuckungen, die Augen sind geschlossen, bulbi nach oben und innen gerollt, die etwas verengten Pupillen reagiren auf Licht, Reflexe unverändert, einmal Verunreinigung mit Urin. Am 15. Febr. Niederkunft, seitdem kein Anfall mehr.

2. 50 Jahr alter Weichensteller. Vater starb an Apoplexie, 8 Geschwister klein an Krämpfen gestorben, ein Sohn endete durch Suicid, eine Tochter leidet an Epilepsie. Er hatte sich mehrere Versäumnisse im Dienst zu Schulden kommen lassen, die seine Behörde und der Bahnarzt auf Trunkenheit zurückführten. Er war 5 Mal in seiner Bude schlafend gefunden worden, mehrfach hat man ihn „ganz verstört aussehend“, „wie geistesabwesend“, „träge und taumelig“ beobachtet. Einmal wurde er Abends auf der Strasse gefunden in bewusstlosem Zustande, vom

Arzt für betrunken erklärt und in das Arrestlocal gebracht; am Morgen erwachte er mit totaler Amnesie. Ein ander Mal verliess er zwecklos seinen Posten, lief ein Stück fort, kam wieder zurück, ohne eine Erklärung dafür geben zu können. Ein ander Mal, als er zum Dienst gehen wollte, lief er bis Nachts 12 Uhr zwecklos in den Feldern herum. In der Anstalt, in der er 3 Wochen zur Beobachtung war, fiel seine Gedächtnissschwäche auf, 2 Mal bekam er Schwindel und fiel dabei einmal um. Er selbst weiss, dass er öfters einschläft, er fühlt aber nur, dass eine starke Müdigkeit über ihn kommt, der er unbedingt nachgeben muss. Mässigen Alcoholgenuss giebt er zu, hat an sich selbst bemerkt, dass er sehr widerstandslos gegen Alcohol geworden ist.

Bezüglich des 1. Falls kommt Verf. zu dem Schluss, dass es sich um Epilepsie handelt, bezüglich des 2. glaubt er sich nur mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose Epilepsie begnügen zu müssen. Tecklenburg-Lindenhof-Coswig.

17. *v. Krafft-Ebing*, Ueber Vortäuschung organischer Erkrankungen des Nervensystems durch Hysterie. Arbeiten aus dem Gesammtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie. II. Heft. Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1897.

In dem vorliegenden zweiten Hefte seiner gesammelten Arbeiten bringt der Verf. unter Anderem einen wesentlich neuen Aufsatz: „Ueber Vortäuschung organischer Erkrankungen des Nervensystems durch Hysterie.“ Er giebt ausführliche Krankengeschichten wieder, die theils auf eigenen, theils auf den Beobachtungen einiger anderer Autoren beruhen. Es werden nacheinander zahlreiche Gruppen von Hysteriefällen angeführt, die nach der Gruppirung der Krankheitssymptome Anlass zu Verwechslungen geben könnten und zwar die einen mit Hemiplegien, die anderen mit spastischer Spinalparalyse, mit Myelitis, mit multipler Sclerose oder Tabes. Den einzelnen Gruppen werden casuistische, differenzialdiagnostische und therapeutische Bemerkungen angeschlossen.

Tecklenburg-Lindenhof-Coswig.

18. *Swolfs, Dr. Oscar*, A propos d'un cas d'hystérie infantile avec méningite tuberculeuse post-grippale. Journal de Neurologie et d'hypnologie, 1896, Nr. 9.

Mädchen von 14 Jahren, Tuberculose in der Ascendenz, in früheren Jahren Scrophulose. Jetzt starke Stirn- und Schläfenschmerzen, Schmerzen im Rücken, Armen und Beinen, Appetitlosigkeit, belegte Zunge, Stuhlverstopfung, Temp. 40,2 Diagnose Influenza, 1,0 Calomel. Am nächsten Tage entfiebert, isst.

Am 3. Tage ein Anfall allgemeiner Convulsionen, arc de cercle, mit Uebergang in eine attitude extatique. Nach dem Anfall Lähmung des l. Armes und Beines, Mutismus, Anästhesie der gelähmten und Hyperästhesie der entgegengesetzten Seite, l. Ovarie, kein Fieber.

Die Sensibilität stellt sich wieder her, der Mutismus und die Lähmungen verschwinden nach Faradisation, dagegen verschlimmert sich der Kopfschmerz; Temp. 38,5, Puls normal. Nach zwei Tagen Ausbruch der Symptome einer tuberculösen Meningitis. Strabismus, Pupillendifferenz, Steigerung, dann Erlöschen der Reflexe, Ungleichmässigkeit des Pulses etc. Nach 14 Tagen tot.

Im Anschluss an seinen Fall citirt der Verf. die Ansicht verschiedener Autoren über die Hysterie bei Kindern, aus denen hervorgeht, dass dieselbe durchaus nicht

so selten ist; dass sie aber meist in milderer Form auftritt als bei Erwachsenen, dass die grande hystérie bei ihnen seltener ist. Die Beachtung, die man der Influenza als ätiologischen oder auslösenden Factor für die Entstehung zahlreicher Nervenkrankheiten, Neurosen und Psychosen beimessen muss, erweist der Verf. aus einer grossen Anzahl von Arbeiten, die er kurz referirt. Die bei seiner Kranken aufgetretene Meningitis veranlasst ihn schliesslich, noch eine Reihe von Arbeiten zu referiren, in denen die hysterische Pseudomeningitis, le méningisme Dupré's, beschrieben ist. Tecklenburg-Lindenhof-Coswig.

19. *Bidlot père* et *Xavier Francotte*, Trismus hystérique persistant durant plus de neuf mois. Journal de Neurologie et d'hypnologie, 1897, Nr. 22.

X., 27 J. alt, mit 18 J. in ein Kloster eingetreten, nicht belastet, von Natur schwächlich, unbeständigen Characters. Seit 8 J. krank, hat Monate lang anhaltendes Erbrechen gehabt, das nachher spontan verschwand. Seit 2 J. Aphonie, seit 5 J. Zahnschmerzen, nach einer deshalb vorgenommenen Extraction 2 Stunden lange Syncope. Febr. 96 neue Zahnschmerzen, Extraction von 2 Zähnen. Mitte April 96 Schmerzen im Kiefergelenk und Hals. Am 24. April 96 Abends heftige zornige Erregung über ihre Pflegerin, am anderen Morgen Trismus, der bis zum 10. Febr. 97 anhielt mit heftigster Spannung der Masseteren, die auch im Schlafe bestehen bleibt. Ernährung mit Flüssigkeiten durch die Zahnlücke. Kein Mittel half, von Chloroform wurde abgesehen wegen der damit verbundenen Gefahr. Am Körper sind verschiedene Druckpunkte zu constatiren.

Es stellen sich Zustände ein, in denen die Kranke ein verstörtes Aussehen zeigt und automatische Bewegungen macht. Die Menstruation bleibt aus, die Schwäche nimmt zu, jedoch ohne beträchtliche Abmagerung. Seit 25. Nov. 96 kann sie das Bett nicht mehr verlassen; zugleich stellen sich 4—5 Mal täglich Anfälle von Spasmus des Pharynx. Brechreiz, Respirationsstörung und starker Pulsbeschleunigung ein, die sich durch Morphium beseitigen lassen. Dabei liegt die Kranke völlig schlaff und bewegungslos, hört jedoch Alles, was in ihrer Umgebung vorgeht. Seit 5. Jan. 97 vermindern sich die Anfälle, dafür stellt sich eine fast complete schlaffe Lähmung aller vier Extremitäten ein. An der l. Oberextremität Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit aufgehoben, an den übrigen Extremitäten Berührungsempfindlichkeit aufgehoben, Schmerzempfindlichkeit erhalten. Es besteht Verstopfung, der Urin muss mit Katheter entleert werden. Die Kräfte nehmen so ab, dass die Umgebung den Tod befürchtet.

Am 10. Febr. 97, ihrem Geburtstage und dem Erinnerungstage der Gründerin des Ordens, verschwindet Trismus, Lähmung und Aphonie, die Kranke erhebt sich, geht und kann feste Speisen geniessen. Es folgt ein Monat relativer Gesundheit, dann treten wieder Erbrechen und grosse hysterische Anfälle auf. Ein Wechsel der Pflegerin ruft einen neuen 24 Stunden anhaltenden Trismus hervor. Am 8. Mai nach einem Tadel heftiger Anfall, in dem sie ein Daunenkissen mit den Zähnen packt, dabei tritt neuer Trismus ein. Das Kissen muss abgeschnitten werden und sie behält ein Stück Stoff zwischen den Zähnen, bis am 15. Mai der Krampf verschwand. Seitdem Besserung.

In der Literatur hat Verf. keinen Fall gefunden, in dem Trismus so lange anhielt wie in seinem Falle; den längsten beschreibt de la Tourette, der drei Monate dauerte. Zu verwundern ist, dass nach so langer Zeit Muskeln und Gelenke

keinen Schaden gelitten haben und sofort wieder functionirten, doch zeigen ähnliche Fälle das gleiche Verhalten. Als auslösendes Moment für den Trismus glaubt Verf. die Zahnschmerzen oder den Zornaffect, in dem gewöhnlich auch die Zähne aufeinander gebissen werden, annehmen zu müssen.

Tecklenburg-Lindenhof-Coswig.

20. *Saenger, Dr. med. Alfred,* Die Beurtheilung der Nervenerkrankungen nach Unfall. Stuttgard, Ferdinand Enke 1896.

In der Einleitung giebt Verf. einen historischen Ueberblick und zeigt, wie in den dreissig Jahren, seitdem Beobachtungen über Nervenerkrankungen nach Unglücksfällen von den Engländern veröffentlicht wurden, in dem Hin und Her der Meinungen eine Einigung nicht erzielt werden konnte, bis in den letzten Jahren eine Klärung eingetreten zu sein schien. Da neuerdings durch die sich gegenüberstehenden Veröffentlichungen Strümpell's und Oppenheim's der alte Streit und die alte Verwirrung wieder hervorgerufen ist, weist er auf die Notwendigkeit hin, Klarheit und Einigkeit der Meinungen wenigstens in der practischen Beurtheilung der Fälle herbeizuführen.

Wenn man den diagnostischen Werth der pathognomonischen Erscheinungen bei Unfallverletzten beurtheilen will, muss man sich erst darüber klar werden, wie oft ähnliche Ercheinungen bei Arbeitern ohne vorhergegangenen Unfall vorkommen und auf welche Ursachen sie bei diesen zurückzuführen sind. Verf. hat Untersuchungen an 119 Arbeitern, die keinen Unfall erlitten hatten, angestellt und fand in 6,7% der Fälle Gesichtsfeldeinengung, in 4% Anästhesien geringen Grades, sehr häufig Steigerung der Sehnenreflexe und bei einer geringeren Anzahl Veränderungen der Herzaction. Als Ursachen findet er die das Nervensystem des Arbeiters für gewöhnlich treffenden Schädigungen durch Alcohol- und Tabakmissbrauch, durch Syphilis, hereditäre Belastung und Arteriosclerose, auf die das Augenmerk bei der Beurtheilung von Nervenerkrankungen nach Unfall besonders zu richten ist.

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verf. zu dem Schluss, „dass es für die Unfallnervenerkrankungen keine pathognomonischen Zeichen giebt", und dass der Name „traumatische Neurose" überflüssig ist, da sich die Krankheitserscheinungen sehr wohl der Hysterie, Neurasthenie und Hypochondrie zurechnen lassen. Wenn S. sich darin auch der von Strümpell zuletzt geäusserten Meinung über die traumatische Neurose nähert, so tritt er ihm doch mit seiner Ansicht bezüglich der Objectivität der festzustellenden Symptome entgegen, indem er fünf Fälle anführt, in denen zufällig die Symptome der traumatischen Neurose gefunden wurden bei Arbeitern, die einen Unfall erlitten hatten, an den sie jedoch gar nicht mehr dachten, die völlig arbeitsfähig waren und keinen Anspruch auf Rente machten. Ebenso beweisend für die Objectivität seien die nervösen Störungen nach Verletzungen im Kriege.

Für die Zunahme der Nervenerkrankungen nach Unfall macht Verf. ganz wie Strümpell hauptsächlich die Unfallgesetzgebung verantwortlich. Bei denjenigen verunglückten Arbeitern, denen von vornherein eine Entschädigung gesichert erschien, kam es auch nicht zur Ausbildung einer „traumatischen Neurose" mit ihren psychischen Erscheinungen, wofür er 14 Fälle anführt. Ebenso kommt es bei Leuten aus den besseren Ständen, die doch durch ihre sportlichen Unternehmungen gerade den schwersten Unfällen ausgesetzt sind, viel seltener zu nervösen Nach-

krankheiten, jedenfalls haben sie eine bessere Prognose, wofür sieben Fälle herangezogen wurden.

Von ganz besonderer Bedeutung für die Entstehung der Neurose sind auch die suggestiven Einflüsse, die gleich nach dem Unfall als ungeschickte Äusserungen von Seiten der Umgebung, besonders auch des Arztes über Natur und Prognose des Leidens auf den Kranken einwirken.

Gegenüber der Simulationsfrage wird ein milderer Standpunkt vertreten. Die Prognose wird relativ günstig gestellt, falls die Kranken systematisch zum Arbeiten angehalten werden ev. durch Gründung von Arbeitsnachweisstellen.

In einem Schlusswort schlägt Verf. vor, von jedem Arbeiter bei dem Eintritt in eine Kasse einen status praesens aufzunehmen, der von Zeit zu Zeit zu controlliren ist, um dadurch sichere Grundlagen für die Beurtheilung der Nervenerkrankungen nach Unfall zu erhalten.

Die Ansicht des Verf. lässt sich wohl dahin zusammenfassen: Es giebt nach schweren Unfällen, besonders nach Kopfverletzungen Nervenerkrankungen, die aber in materiellen Veränderungen des Centralnervensystems ihren Grund und mit der „traumatischen Neurose" nichts zu thun haben. Die übrigen Fälle haben keine für eine besondere Krankheitsform (traumatische Neurose) pathognomonischen Symptome, gehören vielmehr der Hysterie, Neurasthenie und Hypochondrie an, denen nur noch durch die als Folge der Unfallsgesetzgebung in dem Kranken hervorgerufenen Vorstellungen ein besonderer Stempel aufgedrückt wird.

Tecklenburg-Lindenhof-Coswig.

21. *Prof. A. Pick* (Prag): **Ueber pathologische Träumerei und ihre Beziehungen zur Hysterie.** Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. 14 Bd. [illegible]

Die Lücke, welche die Fachliteratur gerade bezüglich der exacten klinischen Beobachtung der Traumzustände aufweist, veranlasst den Verf. zur Veröffentlichung zweier charakteristischer Fälle.

Fall 1. K. A., Beamtentochter, 18 Jahre alt, belastet. Seit Jahren schon ist die Kranke im Schlaf und Wachen mit Träumereien beschäftigt, deren Inhalt fast immer Beziehungen zum Kaiserhause hat. Allmählich treten diese Traumzustände häufiger auf, die Kritik dem Trauminhalt gegenüber geht mehr und mehr verloren, schliesslich hält sie sich als Kaiserin von Oesterreich, hat mehrere Kinder geboren, ihre Eltern haben sie nur erzogen, sind untergeschobene Eltern; sie ist die Tochter eines Erzherzogs, [illegible] vom Kaiser als ihrem Manne, vom Kronprinzen als ihrem Sohne. Zu Zeiten lässt sie sich durch Einwände nicht beirren [illegible], schliesslich zu weinen, weil man ihr nicht glauben wolle, zu anderen Zeiten lacht sie über ihre eigenen Angaben, „in Wirklichkeit ist es nicht so", oder sie sagt selbst, sie habe geträumt. In ihren Träumereien durchlebt sie oft lange Zeiträume. Sie liest vom Kronprinzen und beschäftigt sich viel mit ihm in ihrer Phantasie, bald fühlt sie sich als seine [illegible] und geht nach seinem Tode hinter seinem Sarge her, sie hört von einer Hochzeit bei Hofe und meint dieselbe mitzumachen, sie fährt mit dem Kaiser, an den sie Briefe schreibt wie an ihren Mann, spazieren, das Pferd scheut, ein Rad bricht und der Kaiser fällt aus dem Wagen. Auch ihre Sinneswahrnehmungen werden im Sinne des Trauminhalts verändert: sie hört den Kaiser reden und antwortet ihm, sie sieht sich im Spiegel viel älter, sie hat

„graumelirtes Haar, blasses Gesicht mit vielfachen Falten". Oft kann sie durch Anrufen aus ihrer Träumerei geweckt werden und rectificirt dann ihre Phantasiegebilde. Nebenbei hat sie reguläre hysterische Anfälle und von somatischen Symptomen nur zeitweilig leichte Hyperästhesien und Gesichtsfeldeinschränkung. Die Erscheinung des Doppelbewusstseins ist zwar nicht scharf ausgeprägt, aber doch deutlich. Verf. weist auf diesen Fall hin als einen klinischen Beweis für die Breuer-Freud'sche Vermuthung, dass die „Tagträume" bei Disponirten die Ursache der hypnoiden Zustände der Hysterie werden können.

Fall 2. H. M. Dienstmädchen, 20 Jahre alt, belastet. Ihre Dienstherrin fand sie auf ihr Geschrei hin entblösst mit gespreizten Beinen am Boden liegend, Arme und Beine mit Bindfaden an Möbel festgebunden. Sie sei von einem Manne, der sie schon seit ihrem 14. Lebensjahre mit Briefen und Anträgen verfolge, überfallen, gebunden und missbraucht worden. Aus allen Umständen und Angaben geht jedoch hervor, dass sie sich selbst angebunden hat. Sie hat viele schlechte Bücher gelesen „von Verliebten oder wie ein Mädchen überfallen wurde", sie setzte sich dann an die Stelle der Heldin und lebte sich völlig in deren Situation hinein. „Sie liess sich Liebesbriefe schreiben und schickte sie an sich selbst ab; einmal schrieb sie sich einen Brief, in welchem sie sich in den Wald bestellte und als sie den Brief bekam, ging sie sofort in den Wald, lief dort umher und weinte und glaubte, dass jener Herr dort sein müsse. Als sie sah, dass es nichts helfe, ging sie nach Hause und erzählte ihrer Dienstfrau, dass jener Herr sie erwartet habe."

Hin und wieder sieht sie das Traumhafte ihrer Erlebnisse ein und rectificirt dieselben. Häufig schliessen sich in der Klinik Traumzustände an hysterische Krampfanfälle an oder gehen ihnen voraus, oft auch steht sie während derselben in Contact mit ihrer Umgebung, legt die Vorgänge jedoch illusionär aus. Somatisch sind zu constatiren hochgradige beiderseitige Gesichtsfeldeinengung und typische Sensibilitätsstörungen.

Auch in diesem Falle vollzieht sich wieder wie im ersten die Steigerung von noch als normal aufzufassenden Tagträumereien bei einem disponirten Individuum bis zu ausgesprochenen hysterischen Deliren.

Die Zergliederung dieser beiden Fälle nach der Breuer-Freud'schen Methode hätte gewiss noch mehr zu der psychologischen Klärung der Fälle beigetragen, leider hat aber der Verf. jene Methode nicht angewandt.

Tecklenburg-Lindenhof-Coswig.

22. *A. Alekoff.* Étude anatomo-pathologique de l'oedème bleu. Archives de Neurologie 1896. No. 5.

Verf. hatte Gelegenheit, einen Fall der zuerst von Charcot als blaues Oedem beschriebenen und der Hysterie zugerechneten Affection zu beobachten, sowie zum ersten Mal eine anatomische Untersuchung auszuführen. Das schon ca. drei Jahre lang bestehende Leiden trat bei einem jungen Manne auf, der an hochgradiger Parese des linken Armes mit Abmagerung der Musculatur, hochgradigen Sensibilitätsstörungen, aber ohne electrische Entartungsreaction litt. Vom untern Drittel des Vorderarmes an beginnend bis zu den Fingerspitzen bestand Oedem und weinrothe bis blauschwarze Verfärbung der Haut. Die Temperatur der linken Hand war um 4 bis 5° niedriger als die der rechten; im Blute der kranken Seite fand sich eine Vermehrung der Leucocythen um ca. das Dreifache gegenüber der ge-

sunden Seite. Mechanische und galvanische Behandlung blieb erfolglos. An den durch eine ausbrechende Phthise veranlassten Fieberbewegungen nahm nur die rechte Hand Theil, während links die Temperatur dabei stabil blieb oder sogar sank, was dem Darniederliegen des Stoffwechsels und der Dilatation der Capillaren zugeschrieben wird. Die anatomische Untersuchung ergab macroscopisch Verengerung der Arterien und Erweiterung der Venen des linken Armes, seröse Durchtränkung des Zellgewebes, kein Circulationshinderniss. Microscopisch fand sich im Rückenmark eine Verminderung der Zellen der Clarke'schen Säule links in der Höhe des zweiten bis vierten Dorsalnerven, sonst war der Befund im Centralnervensystem negativ. Der Nervus ulnaris zeigte eine Anzahl degenerirter Fasern, Erweiterung der Gefässe und leichte Infiltration des Perineuriums. An den verengten Arterien fanden sich Veränderungen der Intima und Media; die Venenwandungen waren namentlich an den Klappenstellen verdickt, die kleinsten Venen zum Theil thrombosirt und obliterirt. Die Lymphgefässe erwiesen sich theils beträchtlich erweitert, theils im Gegensatz total obliterirt.

Verf. schliesst sich in der Theorie von der Entstehung der beschriebenen Affection denjenigen Autoren an, die einen Krampf der Vasomotoren dafür verantwortlich machen, betont daneben aber auch den Einfluss der bestehenden Lähmung, die durch den Wegfall der Muskelaction zu einer Stase des Blutes mit folgender Transsudation führt. Die Gefässveränderungen und die leichte Neuritis sind secundärer Natur, eine Folge der Stase und der dadurch gesetzten Ernährungsstörung. Auf eine Deutung des Befundes im Rückenmark geht Verf. nicht ein. Auch dieser Fall ist der Hysterie zuzurechnen, gegen welche sich auch die Therapie in erster Linie zu richten hat. Naef-Zürich.

23. *M. Manheimer.* Deux observations de troubles vasomoteurs d'origine hystérique. Archives de Neurologie 1896, Nr. 9.

Die erste Beobachtung betrifft einen Fall von blauem Oedem Charcot's bei einer Hysterica. Hauptsitz des Oedems war die linke stark paretische Hand, wo sich beständig eine ca. fünffrancsstückgrosse, druckempfindliche, durch das Oedem gebildete Hervorwölbung auf dem Handrücken zeigte. Von diesem Punkte aus breitete sich das Oedem zeitweise auf die ganze Hand und einen Theil des Vorderarmes aus, wobei die Haut entweder in ihrer Färbung unverändert blieb oder aber eine fleckig vertheilte stark cyanotische Farbe annahm. Ganz gleiche Oedeme wurden auch an der ebenfalls paretischen rechten Hand, an der Stirn, im Gesicht und in der Inguinalgegend beobachtet. Das Auftreten des Oedems erfolgte anfallsweise unter schmerzhaften Sensationen, sowohl spontan, als auch durch blosse Verbalsuggestion. Die Temperatur der linken Hand hielt sich beständig 1 bis 2° unter derjenigen der rechten; zur Zeit, wo sie vom Oedem befallen war, betrug dagegen die Differenz bis zu 7°.

Zur Erklärung der Oedeme nimmt Verf. einen Krampf der Gefässe an, der zu Stase des Blutes und consecutiver Dilatation der Capillaren und Venen führte. Begünstigend wirkt dabei noch die bestehende Parese. Es gelang dem Verf. auch mittelst des Sphygmomanometers in der Radialarterie der kranken Seite zur Zeit des bestehenden Oedems eine erhebliche Steigerung des Druckes nachzuweisen.

In der zweiten Beobachtung beschreibt Verf. verschiedene vasomotorische Störungen, die bei einem an schwerer Hysterie leidenden Manne auftraten. Der

Pat. wurde bis zu hundert Mal im Tag von dem als Gänsehaut allgemein bekannten Phänomen befallen. Die Anfälle traten ohne nachweisbare Ursachen auf, waren von abnormen Sensationen und Angstgefühl begleitet und dauerten je 20 Secunden. Ferner bestand sehr starker Dermographismus und endlich kam es besonders an beiden Handtellern zum Ausbruch von Schweissparoxysmen, die mit Frostgefühl verbunden waren.

Alle diese Erscheinungen sind ein Beweis der grossen Disposition der Hysterischen zu Angioneurosen, die bald zu einer Lähmung der kleinen Arterien (Dermographismus), bald zu einem Krampf derselben (Gänsehaut) führen kann.

Naef-Zürich.

24. *Thiele*, Ein Fall von Oedème bleu des hystériques. Charité-Annalen XXI. 1896, p. 130.

Die Arbeit tritt in warmer Weise für die Traumatiker ein, betont die grosse sociale Bedeutung, welche Unfallneurosen heutzutage haben und liefert dazu einen interessanten casuistischen Beitrag.

Fall: 18jähriger, kräftiger, stets gesunder Schlosserlehrling, erhält beim Bleigiessen eine leichte Brandwunde im Nacken. Darüber erschrickt er so sehr, dass er ganz verwirrt wurde. Im Anschluss an dieses psychische Trauma entwickelt sich sofort eine hochgradige Körperschwäche, sodass Patient die Arbeit unterbrechen musste. Dazu kam Appetitlosigkeit, stärkste Obstipation, Prostration, Mangel an Energie. Obstipation in klinischer Behandlung etwas gebessert.

Nach $2^1/_2$ Monaten bemerkt Patient plötzlich Unbeweglichkeit des l. Beines, (er hatte wegen der allgemeinen Schwäche dauernd im Bett gelegen) Schmerzhaftigkeit, livide Verfärbung und Schwellung bis zur Inguinalfalte (Myxoedem ähnlich). Am andern Morgen Aphonie. Letztere bessert sich unter Electricität und Massage allmählich, das Bein aber blieb gelähmt; die Schmerzen erforderten Morphin. Nach $^1/_2$ Jahre allmähliche Besserung, Gehen mit Stock möglich; dann nach weiterem $^1/_2$ Jahre spontaner Rückfall.

Status: L. Unterschenkel um $2-2^1/_2$ cm gegen den r. verdickt, Haut desselben infiltrirt, auffallend glänzend, cyanotisch marmorirtes Aussehen. Druck hinterlässt keine Delle. Beide Füsse kühl. Oberschenkel frei. Schlaffe Lähmung des l. Beines. Totale Anästhesie desselben, ausser einer kleinen hyperästhetischen Zone auf dem Fussrücken. Unter psychischer Behandlung langsame, aber fast vollständige Heilung.

Diagnose: Traumatische Hysterie (oedème bleu). Brodmann.

25. *Karplus*, Ueber Pupillenstarre im hysterischen Anfall. (Sitzung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie, Wien 15. Dec. 1896.) — Wien. klin. Wochenschrift 1896, p. 1228 ff.

Durch zufällige Beobachtungen von Pupillenstörungen an Kranken der psychiatrischen Klinik von v. Krafft-Ebing, Wien, deren genaues Krankheitsbild die Diagnose Hysterie rechtfertigte, wurde Verfasser zu systematischen Untersuchungen des Verhaltens der Pupillen im hysterischen Anfall veranlasst. Da es auf der Höhe des Anfalles während der allgemeinen Convulsionen oder Spasmen meist unmöglich, resp. sehr schwierig war, ohne Hülfsmittel eine ausreichende Inspection der Augen vorzunehmen, versuchte er zum Zwecke der Pupillenbeobachtung die

Anlegung eines Lidhalters und konnte damit sehr schöne Resultate erzielen. Nothwendige Vorbedingungen sind dabei zuverlässige Assistenz und Schonung des Bulbus. Er empfiehlt einen automatischen Lidhalter (nach Mellinger), grosse Vorsicht beim Einführen und Herausnehmen des Instrumentes, zeitweiliges Aufträufeln von physiologischer Kochsalzlösung auf die Cornea und zur Beleuchtung des Auges eine Handlampe nach Pristley Smith.

In dieser Weise ausgerüstet, hat Verfasser eine Reihe von Hysterischen während der Attaquen untersucht und kam zu dem Ergebniss, dass auch im hysterischen Anfalle Pupillenstarre vorkommen kann. Er benützte theils spontane, theils artificiell erzeugte Anfälle, führte während derselben den Lidhalter ein und beobachtete dann die ganze Dauer der Attaque. Bei 3 Kranken (2 jungen Mädchen und einem 20jährigen Studenten) constatirte er während der Spasmen regelmässig erweiterte und starre Pupillen, während der Erschlaffung der Musculatur stets prompte Reaction; die Starre ging häufig secundenlang den Spasmen voraus und überdauerte dieselben etwas; längste Dauer 20 Secunden; Pupillen mässig bis maximalweit. In einem Fall (13jähr. Mädchen), bei dem während eines deliranten Ausnahmezustandes durch Ovarialdruck allgemeine tonische Krämpfe ausgelöst werden konnten, wurde das eine Mal maximale Convergenz der Bulbi mit starker Miosis und Pupillenstarre, das andere Mal Pupillenstarre bei untermittelweiten oder mässig oder sehr weiten Pupillen und fehlende Convergenz beobachtet. Dabei kam spontaner Wechsel der Weite der lichtstarren Pupillen vor. Soweit die Untersuchung beider Augen möglich war, fand sich stets doppelseitige Pupillenstarre zu gleicher Zeit.

Bei einem Falle verliefen geringe Spasmen ohne Starre, in einem anderen Falle wurde jedoch die Vermuthung nahegelegt, dass auch bei Anfällen ohne Spasmen ein Fehlen der Pupillenreaction vorkommen kann. Verfasser erwähnt noch, dass die Untersuchung bei clonischen Krämpfen viel schwieriger ist als bei tonischen.

Die ophthalmoscopische Untersuchung, die mit Hilfe des Lidhalters an 2 Patienten im provocirten Anfall vorgenommen wurde, ergab „während allgemeiner tonischer und clonischer Convulsionen bei übermittelweiten, starren Pupillen keine erkennbare Veränderung der Füllung des Fundus.“

So anerkennenswerth die Mittheilungen des Verfassers sind, und so sicher wir seinen Anregungen eine grosse Zahl von Controlversuchen über diese für die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie äusserst wichtige Frage zu danken haben, so ist es doch nicht zu verhehlen, dass seine Ausführungen an zwei recht bedauerlichen Mängeln leiden. Einmal lässt uns Verfasser im Zweifel darüber, was er unter Pupillenstarre meint, ob er damit nur die Aufhebung der Lichtreaction oder auch die Convergenzreaction versteht und zweitens erfahren wir leider gar nichts über das Verhalten der Pupillenweite nach dem Stadium der grossen Spasmen und nach dem Verschwinden der Pupillenstarre.

Brodmann.

26. *L. Aurand* et *H. Frenkel*, Sur quelques manifestations oculaires de l'hystérie. Mydriase, paralytique et mydriase spasmodique unilatérale hystérique. — Rev. de Méd., tome XVI, Juli 1896, pag. 845. —

Die Verfasser geben eine eingehende Schilderung eines sehr complicirten hysterischen Krankheitsbildes, das neben einer doppelseitigen Amaurose und Ophthalmoplegia externa eine, theils als paralytisch, theils als spastisch aufzufassende

Mydriasis des linken Auges zeigt. Der Fall verdient deswegen besonderes Interesse, weil er ausser dem von Donath veröffentlichten, vielfach angezweifelten, der einzige war, der eine auf hysterischer Lähmung beruhende Pupillenstarre aufweist. Wir können aus dem sehr ausführlichen Krankenbericht nur die wichtigsten Daten herausgreifen.

Fall. Dienstmädchen, 18 Jahr, aus einer Familie stammend, in der Nervosität (Krämpfe) und Tuberculose häufig vorkamen, hat bereits in Folge Schrecks 8 Tage an Aphonie gelitten, bekam dann eines Morgens plötzlich Blutspucken, worauf die Sprache wiederkehrte. Ein Jahr darauf (December 1895) heftige Temporalschmerzen, im Anschluss daran eines Morgens völlige Erblindung mit Blepharospasmus und Anästhesie in der Umgebung der Augen. Mit dem Eintritt dieser Störungen sistirten die Erscheinungen von Seiten der Lungen und besserte sich das Allgemeinbefinden rasch.

Status. Mai 1896. Augen in spastischer Contractur nach oben gewandt, r. völlige Amauose, l. Nebligsehen, Hyperästhesie der ganzen l. Körperhälfte, zerstreute hyperästhetische Zonen und Schmerzpunkte, hysterischer Nagel, Ovarie mit Dyspnö. Lider halbgeschlossen, ständig zitternd, zeitweilig schmerzhafter Blepharospasmus. Beweglichkeit der Bulbi fast ganz aufgehoben. R. Strabismus externus bleibend.

Weiterer Verlauf. 8 Mai. Spontaner Transfert der Hyperästhesie von l. nach r.

19. Mai. Zum ersten Mal Ungleichheit der Pupillen, beide sind erweitert, l. stärker als r. L. aufgehobener Lichtreflex. R. normale Reaction. Dabei Sehfähigkeit l. etwas besser als früher. — Eine genauere Untersuchung ergab später: l. Fehlen der directen und consensuellen Lichtreaction, r. erhalten; Eserin und Cocain auf der l. Pupille wirkungslos; Accomodation l. wahrscheinlich fehlend (aus der Convergenz geschlossen). Motilität: R. Auge völlig unbeweglich, l. beschränkte Beweglichkeit. Bindehautreflex erhalten, Berührungen des Auges werden aber nicht gefühlt.

Therapeutisch wurde Hypnose (Somnambulie) versucht, musste aber in der zweiten Sitzung wegen Widerstandes der Patientin aufgegeben werden. Electricität zunächst erfolglos und direct Kopfschmerzen verursachend, bringt, verbunden mit dem Wunsch entlassen zu werden, allmählich Besserung.

30. Juli. Bedeutende Steigerung des Sehvermöges auf dem l. Auge. Pupille enger als früher, nur wenig weiter als r., reagirt auf Licht direct und consensuell; Eserin bewirkt starke Verengerung (2 mm), Convergenzreaction bleibt aber aus. Freie Beweglichkeit des Auges nach allen Richtungen auch für associirte Augenbewegungen. Rechtes Auge ebenfalls ungehemmt beweglich, nach Bedeckung des l. Auges folgt es dem vorgehaltenen Finger nur zögernd. R. Auge kann noch nichts sehen als eine weisse, von Nebeln umgrenzte Scheibe. Fortschreitende Besserung war in den nächsten Wochen zu verzeichnen, insofern als das l. Auge eine geringe Convergenzreaction zeigte und auch die volle Sensibilität wiederkehrte. Unverändert blieben bestehen: die Accomodationsparese, die Pupillendifferenz (geringe Erweiterung l.) und die hochgradige Gesichtsfeldeinengung.

Ohne näher auf die übrigen Augenstörungen einzugehen, beschränken sich die Verfasser auf eine kritische Analyse der Pupillenphänomene und kommen auf Grund einer Vergleichung der Symptome bei paralytischer und spastischer Mydriasis

zu dem Schlusse, dass hier gleichzeitig beide Formen von Mydriasis auf ein und demselben Auge vorhanden waren, dass es sich also sowohl um eine Lähmung der Oculomotoriusfasern der Iris (resp. deren Kerne), als um eine Reizung der sympathischen Irisfasern handeln müsse. Zunächst verschwand der auf Spasmus beruhende Antheil der Mydriasis und es blieb nur noch die der paralytischen Form eigenthümliche mässige Pupillenerweiterung zurück. Für eine Parese sprach ferner die Lähmung aller Reflexe, die gleichzeitige Accomodationslähmung und die Unwirksamkeit von Atropin und Eserin.

Ueber die Natur dieser paralytischen Mydriasis sprechen sich die Verfasser dahin aus, dass es sich wahrscheinlich um eine Betheiligung eines ganzen Neurons. sowohl des centralen Kerns wie der centrifugalen Fasern handle, dass man aber, im Gegensatz zu Gilles de la Tourette und Knies hier ebensowenig wie im Falle Donath[1]) eine Mydriasis (Pupillenstarre) in Folge der Amblyopie annehmen dürfe. Dagegen spricht schon der Umstand, dass die r.-Pupille eine prompte consensuelle Lichtreaction zeigt, was sie nicht könnte, wenn die linksseitige Pupillenstarre von der Inexcitabilität der l. Retina ausginge, d. h. wenn die Pupillenstarre eine centripetale wäre. Die Arbeit beweisst also die Unabhängigkeit einer Mydriasis von der gleichzeitig bestehenden Amblyopie (wie Donath's Fall) und sie beweist ferner die Möglichkeit einer Lichtreaction trotz vorhandener paretischer Mydriasis und trotz Accomodationslähmung.

Die Verfasser resumiren das Resultat ihrer Untersuchung dahin:

1. dass die hysterische Mydriasis selten ist, aber zweifellos als selbstständiges Symptom der Hysterie vorkommt;

2. dass man klinisch eine paretische und spasmodische Form der hysterischen Mydriasis unterscheiden müsse,

3. dass beide an einem Auge nebeneinander bestehen können;

4. dass in den meisten Fällen neben der Mydriasis eine Amaurose oder andere sensitiv-sensorielle Anästhesien bestehen, deren Verschwinden gewöhnlich synchron der Heilung der Mydriasis sei;

5. dass die Amaurose nicht die Ursache der Mydriasis ist,

6. dass vielmehr die hysterische Amblyopie gar nicht mit Verlust des Lichtreflexes verbunden zu sein braucht;

7. dass die hysterische Mydriasis einer Kernlähmung ganz ähnlich sein könne und sich nur durch das Vorhandensein von hysterischen Stigmata und durch den Verlauf von einer organisch bedingten Pupillenerweiterung unterscheiden lasse.

Brodmann.

27. *Schmidt,* Heilung einer seit 9 Jahren bestehenden einseitigen Erblindung durch Didymin-Tabloids. — Allg. med. Central-Ztg. 1896, Nr. 67, pag. 81 f.

Mit einem seltenen Mangel von Kritik und mit einer für einen wissenschaftlichen Literaten beschämenden Verständnisslosigkeit für den psychophysischen Mechanismus hysterischer Zustände wird in vorliegender Abhandlung in marktschreierischer Weise die Heilung einer Hysterie nach kurzem Gebrauch von thieri-

[1]) Donath, Hysterische Pupillen- und Accomodationslähmung durch hypnotische Suggestion geheilt (Dt. Zeitschr. f. Nervenh. II. 1892).

schem Hodenextract publicirt, um den geehrten Herrn Collegen die „ausgezeichneten Präparate von berechtigtem Weltrufe“ aus der Firma so und so (mit genauer Adresse!) geziemend zu empfehlen. Man weiss nicht, soll man mehr staunen darüber, dass sich ein Arzt zu solchen Geschäftsdiensten hergiebt, oder darüber, dass ein wissenschaftliches Fachblatt eine derartige, den Stempel der Reclame an der Stirn tragende und ausserdem ganz oberflächliche Arbeit überhaupt aufnimmt

Der Fall an sich bietet für uns manches Interesse, einmal symptomatologisch und dann wegen der für larvirte Suggestivwirkungen typischen Art der Heilung.

Fall. Eine 39 Jahre alte Frau erkrankte vor 13 Jahren im Wochenbett mit Fieber und Erbrechen, das nach 1 Tage verschwand, aber völlige Erblindung auf dem l. Auge zurückliess; gleichzeitig traten im Gesicht beginnende, nach der ganzen l. Körperhälfte ausstrahlende Schmerzen auf, welche sich seither anfallsweise, bald häufiger, bald seltener werdend und während des Puerperiums stets aussetzend wiederholten. Der einzelne Anfall beginnt mit Erbrechen (selten Blut), Kopfschmerzen, Mattigkeit und Verlust der Willenskraft; es bildet sich eine typische Astasie-Abasie aus; dann entsteht unter dem l. Infraorbitalrand auf der Wange ein kreisrunder, rother, heisser, schmerzender Fleck, von dem sich die Schmerzen allmählich weiter ausbreiten und bis in die Finger- und Zehenspitzen ziehen; schliesslich tritt tonische Starre der l. Extremitäten, manchmal mit plastischen Stellungen ein; häufige Complication ist Facialislähmung (Glossolabialkrampf? Ref.); Dauer dieses Zustandes 24 Stunden; Bewusstsein erhalten.

Sonstige Symptome: Hyperacusis, Spinalirritation, Ovarie, Anästhesie und totale Analgesie des l. Armes, Steigerung des l. Patellarreflexes, totale Blindheit des l. Auges mit lichtstarrer, normalweiter Pupille. Megalopsie und Funkensehen. Ophthalmoscopischer Befund fehlt.

Nach 4tägigem Gebrauch von Didymin-Tabloids trat ein Anfall auf, der viel milder als die vorhergehenden und zwar ohne alle Gesichtsschmerzen verlief; fortschreitende Besserung und Verschwinden aller Krankheitserscheinungen in der zweiten Woche. Jetzt seit 17 Tagen ohne Störungen.

An diesen Krankheitsverlauf knüpft sich die Bemerkung, dass eine so überraschende Heilung einer Hysterie noch niemals (!) und von keinem Heilverfahren erzielt worden sei.

Verf. schliesst also daraus, dass auf die Ordination seines Medicamentes hin eine Besserung hysterischer Symptome eintrat, auf eine directe Beeinflussung der Hysterie, er schliesst aus dem Verschwinden der Krankheitserscheinungen auf eine specifische Wirkung der thierischen Hodensubstanz auf die weibliche Hysterie und, was noch schlimmer ist, er schliesst aus einem noch nicht 3wöchentlichen Ausbleiben von Anfällen, die bereits früher öfters spontan aussetzten, auf eine völlige Heilung der Hysterie, und dieses therapeutische Verdienst schreibt er seinem Fabrikanten zu. Um seiner Lehre die Krone aufzusetzen, behauptet er dann, dass jede suggestive Wirkung schon deshalb ausgeschlossen werden müsse, weil zuerst das Hauptsymptom, die vasomotorischen Störungen (der rothe Fleck) auf der Wange, verschwunden seien, welche früher immer den Anfall einleiteten. Commentar überflüssig! Brodmann.

28. *Siemerling*, Ueber die Veränderungen der Pupillenreaction bei Geisteskranken (Vortrag, gehalten auf der Jahresversammlung deutscher Irrenärzte in Heidelberg 1896). — Berl. klin. Wch. 1896 Nr. 44.

Die Tendenz dieser Arbeit liegt im Allgemeinen von unserem Thema etwas weit ab; sie bringt reichliches statistisches Material, darunter eine recht lehrreiche Statistik über das Vorkommen der „reflectorischen Pupillenstarre" bei den Psychosen (inclusive Hysterie) und kommt zu dem Resultat, dass dieselbe zwar nicht pathognomonisch für die Tabo-Paralyse, aber doch ein eminent wichtiges Symptom sei, welches zwar „nicht immer zu den schwersten Befürchtungen (Paralyse, Tabes) berechtigt, doch als Ausdruck einer Störung des Nervensystems volle Beachtung verdient". Pupillendifferenz hält Verf. nach den neuesten Untersuchungen für ganz unbedenklich; sie kann bei Gesunden ohne nachweisbare Ursache und ohne jeden Zusammenhang sowohl bei functionellen Nervenkrankheiten als auch bei Allgemeinleiden der verschiedensten Art vorkommen.

Wichtig ist für uns die procentuelle Vertretung der Hysterie in der Statistik der reflectorischen Pupillenstarre. S. fand unter 9160 Geisteskranken der Charité reflectorische Pupillenstarre bei

Paralysis progressiva	1524	Mal (92 %)
Tabes mit Psychose	29	„
Dementia senilis	19	„
Syphilis des Centralnervensystems	17	„
Herderkrankungen	19	„
Alcoholismus	15	„
Kopfverletzungen	1	„
Epilepsie	4	„
Hysterie	4	„
Paranoia	7	„

Eine ähnliche Zusammenstellung von Uhthoff ergab bei 550 Nervenkranken und 12000 Augenkranken 136 Mal reflectorische Pupillenstarre. Darunter 1 Mal bei Hysterie. Es ist nicht möglich, hier zu controliren, ob bei diesen Hysteriefällen mit Pupillenstarre irgend eine organische Complication vorlag. Verf. kommt auf Grund seiner Forschungen und unter Berücksichtigung der jüngst veröffentlichten Beobachtungen zu dem Resultat, dass die Frage nach dem Vorkommen der refl. Pupillenstarre bei Hysterie eine offene sei, namentlich glaubt er auch, dass Pupillenstarre während eines Krampfanfalles als differentialdiagnostisches Merkmal zwischen Epilepsie und Hysterie zu betrachten sei. Alle Fälle, in denen bald erhaltene, bald erloschene Pupillenreaction im Anfalle vorkommt, seien Complicationen von Hysterie und Epilepsie. Dagegen giebt er zu, dass im Allgemeinen normale Pupillen sich im Beginne eines Anfalles verengern und dann im clonisch-tonischen Stadium oft stark erweitern.

Verf. bespricht dann noch den Einfluss von sensibeln Reizen, von suggestiven Hallucinationen (Féré) und der Aufmerksamkeit auf die Pupillenweite, ferner die sog. „springende Pupille" und erörtert zum Schlusse die anatomischen Theorien über den Pupillarreflex. Brodmann.

29. *Moeli*, Weitere Untersuchungen über die Pupillenreaction. Berl. kl. Wochenschr. 1897 Nr. 18 u. 19.

Aus den Ergebnissen dieser Untersuchungen interessirt hier blos das negative Resultat in Betreff der Hysterie. Pupillenstarre wurde gefunden bei Tabes, Paralyse, Epilepsie im Anfalle, einige Male bei Dementia senilis, Alcoholismus; zweifel-

haft ist Paranoia. Hysterie war, nach den Untersuchungen des Verf., bei Vorkommen von Pupillenstarre stets auszuschliessen. Brodmann.

30. *Liebrecht*, Ueber physiologisches und hysterisches Doppelsehen. Arch. f. Augenheilk. 34, 2, pag. 74. 1897.

Ref. hat anlässlich einer systematischen Untersuchung der Augen Hysterischer die bisher anscheinend übersehene Thatsache festgestellt, dass Doppelbilder in gewissen Stellungen des Auges eine physiologische Erscheinung sind, d. h. dass sie bei der weitaus überwiegenden Mehrzahl gesunder Menschen regelmässig vorkommen. Er untersuchte Personen, die weder über spontanes Doppelsehen klagten, noch auch eine irgenwie in Betracht kommende Divergenz der Augen aufwiesen und konnte mit Hülfe eines rothen Glases fast bei Allen (ausgenommen 6 unter 50) Doppelbilder nachweisen.

Die Doppelbilder unterscheiden sich von den pathologischen Doppelbildern schon dadurch, dass sie nie spontan auftreten, sondern erst bei der Untersuchung in die Erscheinung treten, während doch die geringste thatsächliche Lähmung eines Muskels sich der betreffenden Person durch Diplopie bemerkbar macht. Ausserdem entsprechen sie aber auch durchaus nicht dem Verhalten der Doppelbilder beim Versagen eines Muskels oder bei einer Beweglichkeitsstörung der Bulbi. Sie treten erstens nie beim Blick geradeaus auf, sondern nur bei Drehungen der Augen und zwar wieder nur bei excessiver Richtung des Blickes nach seitwärts oder nach oben resp. unten, zweitens sind sie stets gleichnamig und drittens zeigen sie bei wiederholten Untersuchungen ein wechselndes Verhalten. Diese Doppelbilder beruhen also durchaus nicht auf irgend einer pathologischen Muskelanomalie, sondern sie sind als in der Excursionsfähigkeit der Augen begründete Störungen der associirten Bewegungen der Augen aufzufassen. Das physiologische Doppelsehen ist zu erklären dadurch, „dass bei associirten seitlichen Bewegungen des Auges die Einwärtswendung des Auges eine stärkere ist als die Auswärtswendung“, und bei den Bewegungen nach unten und oben dagegen durch die verschiedene Excursionsfähigkeit der beiden Augen.

Diese Thatsache ist von grosser diagnostischer Wichtigkeit, denn es scheint dass Guillery durch Unkenntniss derselben bei seinen Untersuchungen von Tabikern vielfach zu der Annahme von sog. latenten Augenmuskelparesen verleitet wurde, während er nur die physiologischen Doppelbilder beobachtete. Aber auch für die Diagnose von hysterischen Augenmuskelstörungen ist die Berücksichtigung derselben von Belang, wenn man nicht in Irrthümer verfallen will.

Das hysterische Doppelsehen unterscheidet sich nach den Ausführungen des Verf. wiederum wesentlich einerseits von dem physiologischen und andererseits von dem durch pathologische Processe im Kern oder peripheren Nerven bedingten. Wenn man es auch nicht als ein psychisches in dem Sinne auffassen dürfe, dass es lediglich eingebildet sei und auf Vorstellung beruhe, so müsse man seine Ursache doch in die Hirnrinde verlegen. Das Verhalten der hysterischen Doppelbilder entspricht durchaus nicht denjenigen bei der Lähmung einer oder mehrerer isolirter Muskeln. Die Doppelbilder treten zwar auch spontan und eventuell bereits beim geradeaus gerichteten Blick auf, aber sie bedingen meist keine oder nur geringe Beeinträchtigung des Sehens. Die Bewegungsstörungen der Augen sind ganz typische und lassen eine Verwechslung mit organisch bedingten nicht zu, denn erstens

sind sie sehr wechselnd und zweitens zeigen sie sich nur bei associirten Augenbewegungen (d. h. beim Sehen mit beiden Augen) und verschwinden, sobald ein Auge verdeckt wird; jedes Auge für sich ist also nach allen Richtungen frei und unbeschränkt beweglich. Ausgesprochene Ophthalmoplegia interna kommt nicht vor: in vereinzelten Fällen, wo einseitige Pupillenerweiterungen und Accomodationsstörungen vorlagen, waren die Pupillen nicht reactionslos. Das hysterische Doppelsehen ist also aufzufassen als ein Symptom, verursacht durch eine Affection des Centrums speciell derjenigen Hirnrindenregion, welche die Vermittlerin der bewussten und willkürlichen, d. h. der associirten und conjugirten Augenbewegungen ist.

Verf. führt für seine Behauptungen Beispiele und genaue klinisch-ophthalmologische Befunde an; wir müssen uns hier auf ganz kurze Notizen über die Hysteriefälle beschränken, zumal da der neurologische Theil der Berichte ein sehr unvollständiger ist.

Fall 1. Mädchen, 11 J., klagt über schlechtes Sehen; Lesen unmöglich. Seit 2 Wochen Doppelbilder und Lichtscheu. Klinische Diagnose: Anämie, Hysterie. Augenbefund: Gekreuzte Doppelbilder beim Sehen mit beiden Augen, Tendenz zur Verschmelzung derselben fehlt. Verdeckt man ein Auge, so ist am andern völlig normale Motilität vorhanden. Die Doppelbilder werden bei zu verschiedenen Zeiten vorgenommenen Untersuchungen ganz verschieden angegeben. Simulation ausgeschlossen.

Fall 2. Mädchen, 13 J., bereits früher nervenkrank, leidet seit einiger Zeit an schlechtem Sehen, Schleier vor den Augen. Doppelsehen in der Nähe, manchmal auch in die Ferne; später Kopfschmerzen und Farbigsehen. Doppelbilder beim Sehen in die Ferne gekreuzt, beim Lesen gleichnamig. Fusionstendenz fehlt. Concentrische Einengung des Gesichtsfeldes.

Fall 3. 14jähriger Knabe, hysterisch, analoges Verhalten der Augen.

Fall 4. Hystero-Neurasthenie bei einem 12jährigen Knaben zeigt seit 1 Jahre Verschlechterung des Sehens und Doppelbilder. Objectiv Verhalten wie in den anderen Fällen, daneben Erweiterung der l. Pupille. Concentrische Gesichtsfeldeinengung.

Fall 5 zeichnet sich im Gegensatz zu den obigen gewöhnlichen Formen des hysterischen Doppelsehens durch Spasmen aus.

Mädchen, 18 Jahre alt, hat herabgesetzte Sehschärfe, Accommodationskrampf. Trigeminusschmerzen, zeitweiliges Doppelsehen. Bei Fixation eines Gegenstandes in 50 cm Entfernung folgt bei seitlicher Blickrichtung nur das nach innen gewendete Auge unbehindert, das nach aussen rotirende bleibt, wie bei completer Abducenslähmung, in der Mitte stehen und zeigt dabei Contracturzuckungen nach innen. Dieses Verhalten ist auf beiden Seiten gleich. Bei Fixation in 30 cm Entfernung treten beide Augen in maximale Convergenzstellung mit entsprechenden Doppelbildern. Nach Verdeckung des einen Auges ist das andere in allen Richtungen frei beweglich. Brodmann.

31. *Dr. M. Nonne* und *Dr. O. Beselin*, Ueber Contractur- und Lähmungszustände der exterioren und interioren Augen-Muskeln bei Hysterie. Festschrift zur Feier des achtzigjährigen Stiftungsfestes des ärztlichen Vereins in Hamburg. Leipzig, Langkammer 1896.

Der Zweck vorliegender Arbeit besteht in dem auf einwandfreie klinische Be-

obachtungen gestützten Beweis, dass, nach Analogie der hysterischen Motilitätsstörungen an den Extremitäten und im Facialisgebiet, auch am Muskel-Apparat der Augen sowohl Lähmungs- als Contracturzustände auf hysterischer Grundlage vorkommen. Während noch bis in die jüngste Zeit wirkliche functionelle Augenmuskellähmungen mit Diplopie von manchen Autoren (z. B. v. Krafft-Ebing, Ueber Nervosität und neurasthenische Zustände, 1895) als sehr fragwürdig oder zum mindesten ausserordentlich selten bezeichnet werden und während noch heute gerade die auf hysterischer Lähmung beruhende Pupillenstarre vielfach (v. Krafft-Ebing, Arbeiten aus dem Gesammtgebiete der Psychiatrie, Heft II) ganz in Abrede gestellt wird, gelingt es den beiden Autoren, an der Hand einzelner Fälle das Vorkommen paralytischer Formen hysterischer Bewegungsanomalien an den Augen, speciell auch an den Pupillen, unzweifelhaft festzustellen. Die exacte klinische Analyse des Materials, sowie die langjährige Controle der Fälle verbürgen eine hinreichende Sicherheit der Diagnosen und verleihen der Arbeit eine hervorragende Bedeutung für die Beurtheilung der strittigen Frage. Dadurch sowie durch die eingehende Berücksichtigung der gesammten einschlägigen Literatur bis zum Jahre 1895 erscheint diese Monographie sehr wohl dazu geeignet, als Ausgangspunkt für ein zusammenfassendes Studium der auf Hysterie beruhenden Beweglichkeitsstörungen an den Augen zu dienen.

In dem einleitenden historischen Rückblick verweisen die Verf. zunächst auf die spärlichen Aufzeichnungen, sowie auf das — ausgenommen die sog. „Ptosis hysterica“ — seltene Vorkommen hysterischer Augenmuskel-Affectionen überhaupt, erwähnen die Verdienste Charcot's und seiner Schüler (Borel, Gilles de la Tourette, Parinaud, Morase u. A.) um die differential-diagnostische Scheidung der Lähmungen und Contracturen und heben besonders auch die für das theoretische Verständniss der centralen Vorgänge bei den hysterischen Motilitätsstörungen interessanten Publicationen von Berger, Borel etc. hervor, denen es in der Hypnose gelungen war, experimentelle Contracturstellungen der Bulbi hervorzurufen.

Die eigenen Beobachtungen der Verf. beziehen sich auf 2 Fälle von hysterischem Contractur-Schielen, 2 Monoplegien, je 2 Fälle von Accomodationsparese und von paralytischer Mydriasis mit Pupillenstarre auf hysterischer Basis. Wir wollen den Inhalt der Krankenberichte im Auszuge wiedergeben und daran die entsprechende Controverse knüpfen.

Fall 1. L. M., 24jährige Weissstickerin. Erbliche Belastung, Lues oder andere ätiol. Factoren nicht nachweisbar. Mit 15 Jahren ohne Anlass erste Krampfanfälle; mit 22 Jahren in Folge gemüthlicher Erregung erneute Anfälle mit Bewusstlosigkeit, bis jetzt andauernd; dazu kam Schlaflosigkeit, Anorexie, Emotivität, Dyspepsie. Seit ca. 8. Wochen Hitzegefühl und Schmerzen im l. Auge, zeitweilig in der ganzen l. Kopfhälfte und nach der Schulter ausstrahlend. Zugleich Auftreten von Doppelsehen.

Status 18. VI. 1890. Schwächliche, anämische Person, zeigt Zuckungen der l. Nackenmuskeln, l. Ober- und Unterarm, manchmal Pro- und Supinationstremor des l. Armes und der Hand. Motor., sensible und sensorielle Schwäche der ganzen l. Körperhälfte (ausgenommen die feinere tactile Sensibilität).

L. Auge: Hitze, Röthung, Schwellung der Lider und Umgebung, starke Empfindlichkeit auf Berührung, Lichtscheu, Blepharospasmus (Gesichtsfelduntersuchung unmöglich). Beim Blick nach l. folgt das l. Auge nur bis zur Mittellinie, zunehmender

Abstand der gleichnamigen Doppelbilder bei Bewegung nach l. Sehschärfe l. wenig herabgesetzt; sonst völlig normaler Befund. Ordination: Antipyrin und kühle Umschläge; subjective Besserung.

Verlauf. 11. VIII. 1890. Concentrische Einengung des l. Gesichtsfeldes für Weiss und Farben, zunehmend bei Ermüdung. Im Uebrigen Status idem, nur dass bei abgelenkter Aufmerksamkeit (beim Augenspiegeln) der l. Bulbus eine freiere Beweglichkeit auch beim Blick nach l. zeigt, dabei aber immer wieder unter zuckenden Bewegungen in die Convergenzstellung zurückgezogen wird. Zunehmende Besserung. 20. VIII. entlassen.

13. VIII. 1891 Wegen Recidivs erneute Vorstellung. Spontane Hemiplegie in einer Nacht, 13 Wochen Bettruhe, dabei häufig nächtliche Krampfanfälle mit Bewusstseinsverlust. Status wie früher; daneben Schütteltremor des Kopfes, durch Erregung und Anstrengung sich steigernd und auf den ganzen Körper, bes. l. Arm und Bein, übergehend; l. Auge Beweglichkeitsbeschränkung nach aussen, rückläufige zuckende Bewegungen nach innen auch beim Blick nach oben; ausserdem geringe Ptosis. Bei Sehübungen krampfartige Zuckungen im l. Orbicularis palp., bei Ermüdung auf den Facialis und Nacken übergehend.

Diagnose: Contractur des l. Musc. rectus internus, gestützt auf folgende differentialdiagnostisch wichtige Momente:

1. Contractionszuckungen am erkrankten Auge selber.
2. Clonismen uud Spasmen an anderen Muskelgruppen (spastische Ptose. Nacken und Facialis) ausgelöst durch Anstrengung des kranken Auges.
3. Einfluss der Ermüdungsversuche und der Psyche.
4. Spotane Heilung und Rückfall mit Modificationen.
5. Lichtempfindlichkeit bedingt vielleicht reflectorisch die Muskelcontractionen.
6. Schmerzen durch Muskelspasmen verursacht.

Fall 2. Frau T., 44 Jahre, Lues und hereditäre Belastung fehlen. Mit 20 Jahren öfters durch Erregungen ausgelöste Lach- und Weinkrämpfe, zeitweilig mit Bewusstlosigkeit. Vor 1 Jahr, in Folge körperlicher und psychischer Schädlichkeiten. Beginn der Augenstörungen mit Zwinkern, Lichtscheu, Flimmern, meist zu bestimmter Stunde (früh 9 Uhr) einsetzend. Therapie: Electricität, Brom, Arsenik ohne Erfolg.

Status. Augen werden wegen Lichtscheu zugekniffen. Supraorbitalrand druckempfindlich. Druck auf das Foramen supraorbitale sistirt den Lidkrampf. Nervensystem normal ausser analgetischen Hautpartien, besonders r., Nasen- und Pharynxreflex r. erloschen. — Hypnose: Katalepsie. durch Suggestion 24 Stunden frei von allen Beschwerden. 2. Sitzung: Suggestion auf 2 Wochen; ebenfalls realisirt. erst nach 20 Tagen Rückfall und darauf in 3. Hypnose völlige Heilung durch Suggestion.

Diagnose: Hysterischer Orbiculariskrampf, erschlossen aus dem objectiven Befund und namentlich dem Erfolg der Hypnose.

Es folgt nun eine Reihe von Fällen, in denen nach Ansicht der Verf. typische Augenmuskellähmungen bei Hysterie vorliegen. Zunächst wenden sich Verf. polemisch gegen Gilles de la Tourette und Möbius, welche das Vorkommen hysterischer Augenmuskellähmungen leugnen. stellen ihnen die Fälle von Guttmann, Duchenne. Leber, Parinaud, Borel und Wilbrand gegenüber, welche nicht als Contracturzustände, sondern als wirkliche Lähmungen aufzufassen seien und bringen dann

selbst 2 isolirte Lähmungen der äusseren Augenmuskeln, deren hysterische Natur aus dem Verlauf mit alsoluter Sicherheit hervorgeht.

Fall 3: Fräulein v. D., 27 Jahre alt, keine erhebliche Belastung oder Lues. Die persönlichen Antecedentien weisen Zeichen von Hysterie auf. 1878 im Anschluss an Trauerfall Nasenbluten, Kopfschmerzen, angeschwollene Füsse, Krampfhusten, Steifheit der Arme, Augenschmerzen, Herzklopfen, Müdigkeit. Abwechselnd Besserung und Rückfälle. 1881 Anfälle von Ohnmachten, Beklemmungen, Krämpfen, Singultus, Hyperacusis; gynäcologische Behandlung ohne Erfolg. 1889 plötzlich Doppelsehen: isolirte Lähmung des Obliquus inferior l. — Nach einem Jahr (März 1890) war diese Lähmung verschwunden und an deren Stelle eine Lähmung des Obliquus superior r. getreten. Schmiercur ohne Erfolg. Suggestionen brachten Besserung der Lähmung und der consecutiven Doppelbilder. Genauerer Befund: Concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, Hypalgesie l., Hypästhesie für Kälte und Wärme an den Extremitäten l. Geschmackempfindung und Würgreflex fehlen l. — Fortsetzung der Suggestivbehandlung: Völlige Heilung (Mai 1891), die bis jetzt bestehen blieb.

Fall 4. Kaufmann, 41 Jahre, keine neuropath. Zeichen; Lues und Potatorium fehlen. Früher nervöse Kopf- und Rückenschmerzen, Kaltwasser-Behandlung ohne dauernde Besserung. Dazu kamen allgemeine neurasthenische Beschwerden (1891).

März 1892 Sehstörungen nach dem Erwachen, Besserung auf Jodkali, Zunahme der Nervosität. Hochgradige Amyosthenie, die sich unter Suspensionsbehandlung steigert.

Status: Myopischer Astigmatismus, Gesichtsfeld und Augenhintergrund normal. Gekreuzte Doppelbilder in der oberen Gesichtsfeldhälfte und Horizontalen. Scheinbild des r. Auges höherstehend, Distanz nach r. o. und in der Horizontalen zunehmend: Befund bis 1895 derselbe ohne alle Anzeichen organischer Erkrankung.

Es handelt sich also hier um eine isolirte Lähmung des Rectus superior am r. Auge. Verf. schliessen bei typischen Doppelbildern stets auf Parese (wie in den vorigen Fällen) aus dem Fehlen aller Contracturerscheinungen; wo jedoch eine Ciliar-Neuralgie oder ein nachweisbarer Accommodationskrampf vorliegt, weist die Ablenkung des Bulbus stets auf Contractur hin. Aus dem objectiven Befund an den Augen und der Art der Doppelbilder allein ist es oft nur schwer zu entscheiden, ob Lähmung eines Muskels oder Contractur des Antagonisten vorliegt. Die hysterische Natur der Störungen kann in den letzten beiden Fällen nicht angezweifelt werden.

Des weiteren bringt die Arbeit 2 Fälle von Accommodationslähmung bei nervösen Knaben.

Fall 5: P. 10 Jahre alt. In der Familie wiederholt Hysterie (Mutter hysterisch). Pt. als Kind Pavor nocturnus, sonst nervöser Character, anämisches Aussehen. Vor 6 Wochen Halsentzündung (keine Diphtherie). Darauf Abnahme des Sehvermögens.

Status April 1893: Sehen in die Ferne normal; Lesen erst mit + 3 D feine Schrift. Sonst völlig normaler Befund.

Mai: Geringe Divergenzstellung der Augen, mit entsprechend angegebenen ungleichnamigen Doppelbildern, bei jeder intendirten Blickrichtung eingehalten; Convergenz unmöglich. Geringe Herabsetzung des Sehvermögens; Gesichtsfeld und Pupillen normal. Therapeutisch Eisen, Chinin und Electricität, Levicowasser mit Suggestionen erfolglos; Landaufenthalt nach 4 Wochen völlige Heilung. Rückfall

nach Schulbesuch, erneuter Landaufenthalt ohne Einfluss. Darauf Drohung mit Operation, Anordnung von Leseübungen mit Convexbrille und Heilung in einer Woche.

Fall 6 schliesst sich dem vorstehenden durch die Accomodationsparese vollkommen an, es fehlt jedoch die Herabsetzung der Sehschärfe, die Convergenz- und Divergenzlähmung, sowie der schwankende Verlauf.

Status: März 1894: Nervöser Knabe, starke Hypermetropie; nach 2 Monaten dazu doppelseitige Accommodationslähmung; trotz Land- und Seeaufenthaltes unverändert; Heilung durch Drohung mit schmerzhafter Operation, wenn nicht in 1 Woche die Fähigkeit zu lesen eingetreten.

Die Accommodationsparese ist vielleicht im letzteren Fall durch die beträchtliche Hyperopie bedingt. Im Uebrigen aber ist derselbe dem vorigen absolut analog. Leichtere Grade von Accommodationsstörung kommen, nach den Untersuchungen von Wilbrand und Sänger (Ueber Sehstörungen bei functionellen Nervenleiden 1892), bei nervösen Kindern als sog. „nervöse Asthenopie“ häufig vor, völlige Lähmung ist dagegen eben so selten, wie die absolute Con- und Divergenzlähmung. Verf. citiren mit kritischen Bemerkungen die in der Literatur verzeichneten Fälle von hysterischer Insufficienz resp. Parese der Mn. Recti externi und Interni.

Zum Schlusse wenden sich die Verfasser den hysterischen Pupillen-Anomalien speciell zu. Sie betonen das relativ häufige Vorkommen der spastischen Mydriasis gegenüber der paralytischen Mydriasis, welch letztere bisher nur in 2 Fällen (Donath und Röder) einwandfrei beschrieben wurde. Der Fall Röder war dadurch ausgezeichnet, dass sich bei der Kranken durch Suggestion Transfert sowohl der Sensibilitätsstörungen als der Pupillen-Anomalien erzeugen liess, und dass die Mydriasis mit einer absoluten Reactionslosigkeit auf Lichteinfall wie auf Convergenz und mit einer Reihe anderer Lähmungszustände (linksseitige Abducens- und Accommodationslähmung. Hemianästhesie etc.) verbunden war, wodurch sich die paralytische Natur der Pupillenerweiterung unzweifelhaft ableitet. Im Falle Donath einer „grande hysterie“ mit hystero-epileptischen Anfällen, Hemianästhesie und spontanen Blutungen in die Haut, bestand ebenfalls bei der mydriatischen Pupille absolute Starre auf Licht- und Convergenzreiz (Lähmung des Sphincter iridis); dabei kam sowohl suggestiver als spontaner Transfert der Lähmungen vor; durch Hypnose wurde völlige Heilung erzielt.

Diesen Fällen reihen nun die Verf. 2 eigene Beobachtungen von hysterischer Ophthalmoplegia interna an, die einer mehrjährigen Controle unterlagen.

Fall 7. Fräulein T., 27 Jahre, ohne nennenswerthe erbliche Belastung, hat schwere Infectionskrankheiten durchgemacht (keine Lues), litt lange Zeit an „schmerzlosem Erbrechen“, später an periodischer Heiserkeit und an zahlreichen nervösen Beschwerden (Insomnie, Kopfdruck, Erregtheit, unregelmässigem Stuhlgang, Dysmenorrhoe). Seit 6 Wochen vollkommen ohne Stimme. Vor $^1/_2$ Jahre Beginn von Sehstörungen beim Arbeiten in der Nähe.

Status Juli 1893. Anämischer, nervöser Habitus, l. Hemianästhesie für sämmtliche Qualitäten der Sensibilität; Motilität l. ebenfalls herabgesetzt. Typische hysterische Stimmbandlähmung, l. Pupille mässig erweitert, fast lichtstarr, Convergenzreaction sehr schwach, Eserin ohne Verengerung, r. normal. Accommodationsparese, Herabsetzung der Sehschärfe, concentrische Einengung des Gesichtsfeldes und monoculäre Diplopie auf dem l. Auge.

Verlauf: Status idem durch 2 Jahre. Seit October 1895 Convergenzlähmung l. ohne Bewusstwerden von Doppelbildern; monoculäre Diplopie l. Hypnose wegen Angst der Patientin nicht zu erzielen.

Fall 8. 42jährige Arbeitersfrau, nicht belastet, keine Lues, früher stets gesund; seitdem Nahrungssorgen begannen, Einsetzen nervöser Beschwerden, besonders seitens des Verdauungstractus, periodisches Versagen der Stimme (Tage bis Wochen). Seit einem Jahre Verschlechterung des Sehens in der Nähe.

Status October 1893: Pat. ist anämisch, sehr ängstlich und nervös zerstreut. Beiderseitige mittelgradige Pupillenerweiterung, mit fehlender Reaction auf Lichteinfall bei Accommodation und bei Aufforderung zu convergiren. Geringe Kurzsichtigkeit und Herabsetzung der Accommodation. Convergenz unmöglich, bei Annäherung des zu fixirenden Gegenstandes tritt Divergenzstellung der Bulbi mit ungleichnamigen Doppelbildern ein. Keine objectiven Stigmata von Hysterie.

Verlauf: Nach 14 Tagen bei Accomodation schwache Pupillenreaction. Nach 1 Jahr status idem, nur schwache Pupillenverengerung auf Convergenz nebst Besserung der Convergenz. 1895: Linksseitige Sensibilitätsstörungen, Convergenz gebessert, Accommodation verschlechtert. Pupillen lichtstarr, auf Convergenz sehr wenig, auf Accomodation etwas besser reagirend. Organische Veränderungen des Nervensystems nirgends nachweisbar.

Die beiden letzterwähnten Fälle characterisiren sich, nach Ansicht der Verf., als hysterische Lähmungen des Sphincter iridis und zwar Fall 7 einseitig. Fall 8 doppelseitig. Für die Lähmung sprechen folgende Momente:

1. Die lange Dauer der Mydriasis.
2. Die gleichzeitig bestehende Accommodationslähmung, die natürlich nicht auf Contractur eines Antagonisten beruhen kann. Gleichzeitige paretische und spastische Zustände an einem und demselben Nervengebiete (Occulomotoriuszweig für Acc. und Pup.) sind doch wohl auszuschliessen.
3. Die Convergenzlähmung, die ebenfalls nicht auf Spasmus der Externi zurückgeführt werden kann.

Verf. weisen dann noch darauf hin, dass unter den 3 Fällen von hysterischer Convergenzlähmung zwei Mal Ausfall der Doppelbilder (Fall 7 u. 8) bestand, während dieselben bei Anwendung von Prismen auftraten; ein Mal dagegen (Fall 5) wurden die getrennten Bilder psychisch wahrgenommen, aber es trat keine Belästigung durch das Doppeltsehen und in Folge dessen auch kein Versuch, dieselben zu unterdrücken, ein.

Den functionellen Sitz der hysterischen Pupillenlähmung verlegen die Verf. mit Donath nach Analogie aller anderen hysterischen Störungen in die Hirnrinde. Sie verwerfen auch, unter Berufung auf die Experimente von Ferrier und François, welche durch Reizung von Hirnrindenpartien contralaterale Pupillenveränderungen hervorrufen konnten, die Annahme eines eigenen corticalen Centrums für den Pupillarreflex. Brodmann.

32. *Hitzig*, Ueber einen durch Strabismus und andere Augensymptome ausgezeichneten Fall von Hysterie. — Berl. klin. Wochenschrift 1897 Nr. 7.

Eine Arbeit, die wohl den meisten Anlass gegeben hat zu einer kritischen Nachprüfung der von Nonne und Beselin aufgestellten Behauptung, dass es

isolirte hysterische Augenmuskel-Lähmungen gebe. Der hier veröffentlichte Fall verdient auch besonderes Interesse deshalb, weil er Krämpfe und Lähmungszustände am motorischen Apparat der Augen zugleich aufweist.

Fall: 36jähriger Handarbeiter, früher Alcoholiker, beim Militär an Augenentzündungen leidend und deswegen vom Dienst entlassen, hat seither wiederholt ganz kurz vorübergehendes Doppelsehen mit leichten Augenentzündungen gehabt. Vor 2 Jahren erschrack Pat., als er sich durch eine Sense eine verhältnissmässig leichte Verletzung am Fusse selbst zugefügt hatte, so sehr, dass er stundenlang nicht mehr sprechen konnte. Trotzdem die Wunde spontan heilte, blieb er ständig zu Bett aus Befürchtung einer Verschlimmerung. Bei absoluter Bettruhe allmähliche Entwickelung einer „Augenentzündung" (brennende Schmerzen, Röthung), die sich trotz Behandlung mit Höllenstein steigerte; Unfähigkeit die Lider zu öffnen, Doppelsehen und Einwärtsrollung beider Augen im Verlauf von 5 Wochen. Ein Jahr lang derselbe Zustand, dann in einem Anfall von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit (verstärkt durch die triste Prognose des Arztes) Suicidversuch, 2tägige Tobsucht, Aufnahme in die Anstalt.

Status. Psychisch normal, ausser einer gewissen Apathie. Nervensystem: Allgemeine Hypalgesie, l. Bein und r. Arm anästhetisch, beiderseitige Ptosis, maximale Rotation beider Bulbi nach unten und innen, absolute Unbeweglichkeit derselben; Fixation und Lesen nur durch Kopfdrehungen möglich, dabei Gegenstände erkannt. Sehschärfe = Fingerzählen in 6 m Entfernung. Pupillen- und ophthalmoscopische Untersuchung fehlt.

Verlauf durch grosse Schwankungen im Befunde ausgezeichnet; spontane Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit der Bulbi und Lider; nach einigen Tagen unmotivirter Rückfall mit neuen Symptomen: linksseitige Hemianästhesie, fast völlige Erblindung bei erhaltenem Lichtreflex. Während der Krankheitsperioden heftige Augenschmerzen. Letzte Augenuntersuchung ergab: Doppelseitige Contractur des Rectus internus und inferior. Miosis maxima, Pupillenreaction bei intensivster Beleuchtung kaum angedeutet. Fast völlige Ptosis, willkürliche Oeffnung der Augen auch bei stärkster Anstrengung des Frontalis unmöglich. Angeblich völlige Amaurose. Augenhintergrund normal. Wiederholte Heilungen, theils durch Einleitung der Chloroformnarcose, theils durch Suggestion mit Galvanisation; Rückfall. Hypnoseversuch resultatlos. Weitere Symptome bei späteren Recidiven waren: Völlige Aufhebung des Tastsinns am ganzen Körper, analgetische Bezirke wie früher, motorische Kraft theilweise herabgesetzt; Störungen des Geschmacks, Geruchs und Gehörs. Die Angaben bei der Gehörsprüfung waren äusserst widerspruchsvoll, bei Verschluss des r. Ohres wollte Patient den Stimmgabelton auf dem linken Ohr weder durch den Meatus noch durch Knochenleitung wahrnehmen; einmal gab er an gar nichts zu hören, beantwortete aber dann eine überraschende Frage ganz sinngemäss. Simulation schliesst Verfasser trotzdem absolut aus, ja er warnt, unter einem scharfen Ausfall gegen die immer spärlicher werdenden Fanatiker der Simulation, auf Grund gerade dieses Falles eindringlichst zur Vorsicht bei der Imputation von Simulation.

Nach längerer gesunder Periode plötzlich Auftreten eines einseitigen Strabismus convergenz (l.) ohne Doppelbilder; in Folge Widerstandes gegen ärztliche Ordination (Tauchbad) Steigerung der Beschwerden; bei Anwendung von Zwang Erbrechen; hochgradige concentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Bei Aufforderung zu fixiren

Verstärkung des Strabismus; l. Auge stark nach innen rotirt, absolut bewegungslos; verengte, starre Pupille. R. Pupille etwas weiter, reagirt. Bei abgelenkter Aufmerksamkeit wird oft freiere Beweglichkeit des l. Auges beobachtet als während der Untersuchung.

Spontane Heilung auf Zuspruch des Arztes. Entlassen ohne Krankheitserscheinungen.

Diagnose: „Typische traumtische Neurose in der Form von Hysterie". Entstehung durch psychisches Trauma.

Die Diagnose Hysterie begründet Verfasser mit dem Hinweis auf die suggestive Beeinflussung der Symptome, auf das plötzliche Entstehen und Vergehen der Krankheitserscheinungen, auf die eigenthümliche Vertheilung der sensibeln und sensuellen Störungen und auf die Gesichtsfeldbeschränkung.

Die Augen sind an der Hysterie betheiligt mit den exterioren und interioren Muskeln, mit der Retina und mit dem Trigeminus. Die Muskelphänomene fasst er auf als eine Combination von Reizungs- und Lähmungszuständen. Der Strabismus convergens und die Pupillenverengerung beruhen auf Contractur der betreffenden Muskeln, die Ptosis auf einer Lähmung des Levator palpeprae. Dass hier wirklich eine Lähmung und nicht etwa ein Spasmus des Orbicularis oculi vorliegt, erschliesst Verfasser einerseits aus dem Fehlen der Charcot'schen Zeichen (Tieferstehen der Augenbrauen, Fältelung des oberen Lides, Widerstand bei Hebung desselben), andrerseits aber daraus, dass der Gesammteindruck ein ganz andrer ist, als bei dem häufiger vorkommenden Blepharospasmus.

Verfasser tritt mit dieser Ansicht in Widerspruch zu Nonne und Beselin, welche es für ausgeschlossen halten, dass in zwei so nahe benachbarten Innervationsgebieten ein und desselben Nerven (wie Lidheber und Pupillenverenger) gleichzeitig eine Reizung und Lähmung bestehen könne; er betont jedoch diesem Einwand gegenüber, wie dem Ref. scheint, mit Recht, dass ja die Hysterie gerade in ihren schwereren Formen durch solche Gegensätze (Hyperästhesien neben Anästhesie, Krämpfe neben Lähmungen) ausgezeichnet sei. Auch den Einwand, dass die Ciliarneuralgie bestimmt auf Reizzustände hinweise, hält er nicht für stichhaltig. — Thatsächlich kann es also nach Ansicht des Verfassers keinem Zweifel mehr unterliegen, dass auch hysterische Lähmungen aller einzelnen Theile des optischen Bewegungsapparates, wenn schon viel seltener als Spasmen desselben, wirklich vorkommen.

Der Arbeit ist eine photographische Nachbildung zur Darstellung des Convergenzkrampfes beigegeben; ausserdem enthält sie die Schemata für die Einengung des Sehfeldes und für die Sensibilitätsstörungen. Brodmann.

83. *Kunn*, Ueber Augenmuskelstörungen bei Hysterie. Aus der medicinischen Klinik des Herrn Hofrathes Professor Nothnagel, Wien. klin. Rundschau 1897 No. 22, 23 und 25.

Verfasser legt den Hauptnachdruck auf die klinische Symptomatologie, da es nach seiner Auffassung nur durch eine scharfe Präcisirung der so mannigfaltigen klinischen Bilder gelingen könne, den Mechanismus der hysterischen Augenmuskelstörungen zu verstehen.

Zunächst veröffentlicht Verf. einen Fall, der die relativ häufige von ihm so benannte „Dissociation der Augenbewegungen" zeigt (Ueber Augen-

muskelstörungen bei der multipeln Sclerose. Beiträge zur Augen-Heilkunde XXIII). Diese Form von Bewegungsanomalien der Augen hat vielfach zu irrigen Diagnosen Anlass gegeben und manche Fälle sog. hysterischer Augenmuskel-Lähmung oder -Contractur sind, wie Verf. glaubt, sicherlich nur als „Zerfall der associirt gewesenen Bewegungen der beiden Augen", d. h. als hysterische Dissociation aufzufassen, wobei eine dauernde und constante Beweglichkeitsbeschränkung im Sinne einer Lähmung oder Contractur nicht bestehen muss und, im Gegensatz zu organischen Störungen, ein atypisches und wechselndes Verhalten der Doppelbilder characteristisch ist.

Fall 1. 20jähriges Mädchen mit Anzeichen erblicher Belastung, früher selbst leicht erregbar, 5mal von Gelenkrheumatismus befallen und seither zu Herzklopfen neigend, leidet seit dem plötzlichen Tode ihrer Mutter an Ohnmachtsanfällen mit totaler Amnesie. Die Anfälle kehrten alle 2—3 Wochen wieder, hinterliessen später oft Kopfschmerzen, häuften sich seit einiger Zeit und wurden in den letzten 4 Tagen mit Delirien (Lachen, Weinen, Hallucinationen, Verdrehungen der Augen und Krämpfen der Gesichtsmuskulatur) combinirt.

Status. Apathische, schläfrige, blasse Person. R. Nasolabialfalte vertrieben. Mundwinkel r. weniger gehoben als l., r. Musculus masseter und temporalis bei Kaubewegungen schlaff. Zunge nach links abweichend, nach r. beschränkt beweglich, r. Zungenhälfte kaum contractionsfähig. R. Schulter weniger gehoben als l. Rechtsseitige Parese der Extremitäten. Totale Anästhesie (auch für Lagevorstellung) und Analgesie der r. Körperhälfte. Sensorielle Hyperästhesie aller Sinne r.

Augen: R. verstrichene Stirnfalten, auch bei Innervationsversuch. Frontalis unbeweglich, r. Braue tiefer als l. Beide Lidspalten verengt, r. mehr als l. Fältelung der Lider erhalten; Oeffnung der Lidspalte r. willkürlich unmöglich, l. mit Hülfe der M. frontalis; beim Verschluss der Lidspalte l. kräftigere Orbiculariscontraction als r. Bewegungseinschränkung an keinem der beiden Augen vorhanden, bei Fixation eines nahen Gegenstandes aber zuerst Strabismus convergens dexter. dann auch sinister, dabei unsymmetrische Stellung beider Augen und entsprechende Doppelbilder. Beim Seitenblick ist immer nur das nach innen wendende Auge beweglich, das nach aussen wendende tritt sogar in stärkere Adductionsstellung und ist niemals über die Mittellinie hinaus zu rotiren. Bei wiederholten Anstrengungen zur Abduction heftiger Tremor, horizontaler Nystagmus und ausgeprägte Convergenztendenz beider Augen. Beim Blick nach Oben und Unten wechselndes Verhalten, ebenfalls Neigung beider Augen nach unten innen zu rotiren. Unfähigkeit eine Blickrichtung dauernd einzuhalten, stärkere Intention erzeugt uncoordinirtes unwillkürliches Herumirren beider Augen. Pupillenbefund vollkommen normal, ebenso Augenhintergrund, hochgradige concentrische Gesichtsfeldeinschränkung für Weiss und Farben, r. mehr als l.; r. monoculäre Diplopie, häufig sogar Mehrfachsehen. Beim Sehen mit beiden Augen in allen Entfernungen Gegenstände doppelt gesehen.

Verlauf. Im Verlauf der nächsten Tage wiederholt typische hysterische Krampfanfälle im ganzen Körper mit Bewusstseinsverlust, besonders drehende und schüttelnde Bewegungen in den Armen. Nach den Anfällen jedesmal Besserung einiger Symptome, zunächst der Motilität der Beine, dann auch der Ptosis, der Facialisparese und des Convergenzkrampfes, so dass Patientin entlassen werden kann; sie erhält auf Verlangen zur Verbesserung ihres Sehvermögens eine Brille mit Plangläsern und behauptet, damit vollkommen normal ohne Doppelbilder zu sehen; nimmt man

die Brille weg, so treten nicht nur die gewöhnlichen Sehstörungen, sondern auch die Ptosis r. sofort wieder auf. Nach 2 Monaten völlige Heilung, nur eine geringe rechtsseitige Hyperästhesie. Pupillen, Sehschärfe etc. normal. bei stark seitlicher Blickrichtung tritt manchmal noch horizontaler Nystagmus, der sich ebenfalls durch eine Planbrille mit entsprechender Suggestion völlig beseitigen lässt.

Verfasser bezeichnet diesen Zustand der Augenmuskelstörung als einen „Zerfall in der mechanischen Gleichgewichtslage“; es liegt dabei weder eine Lähmung noch ein eigentlicher Krampf vor (ausgenommen die Andeutung von Convergenzkrämpfen, mit Contracturzuckungen nach innen), denn die Augen werden nicht in einer bestimmten Richtung festgehalten, sondern sie wandern, dem Willen des Patienten entzogen, regellos und unabhängig von einander umher, wie im tiefen Coma, im Schlaf, im Rausch oder in der Narcose; diese Bewegungsanomalien sind also lediglich bedingt durch eine Herabsetzung der corticalen Energie, welche zu gewollten symmetrischen Augenbewegungen erforderlich ist.

Als zweite Gruppe hysterischer Augenmuskelstörungen beschreibt Verf. die tonischen und clonischen Krämpfe. Er schildert 3 Beobachtungen, Combinationen von Clonismen der Lider mit Convergenzkrämpfen.

Fall 2: 42jährige Frau, ohne erbliche Belastung, aber selbst sehr nervös, bei Erregungen häufig von Zittern, besonders der Arme, befallen und viel an Magenbeschwerden (Aufstossen, Erbrechen) leidend, erschrack bei dem plötzlichen Tod ihrer Mutter so sehr, dass sie wie gelähmt war und mehrere Tage zu Bett liegen musste. Allmähliche Erholung, aber Schwäche beider Beine und gesteigerter Tremor der Arme blieb bestehen; dazu stärkere dyspeptische Beschwerden, Schlaflosigkeit und vom Moment des Schreckes an Zuckungen in den Augen, besonders in den Lidern r., welche anfallsweise in minutenlangen Intervallen wiederkehren, so dass Lesen unmöglich ist.

Status: Zuckungen der Augen wie vorstehend; bei Fixation eines nahen Gegenstandes Convergenzstellung der Augen, aber starker horizontaler Nystagmus mit dem beschriebenen Liderzittern; dabei Blick oft abirrend, nach innen oben rotirend. R. Hyperalgesie, Spinalirritation, Ovarialgie, hochgradige concentrische Gesichtsfeldeinengung. Sonst Alles normal.

Also clonische Liderkrämpfe, Nystagmus und Convergenzkrampf bei naher Fixation.

Fall 3. 23jährige Patientin, als Kind häufig Doppelsehen, keine Heredität, Lues oder Potus, zeigt seit 2 Jahren das typische Phänomen des Wiederkauens; ohne jede Ueblichkeit, ohne Erbrechen oder Schmerzen regurgitiren die Speisen nach dem Verschlucken in den Mund zurück, werden abermals gekaut und wieder verschluckt. Vor 3 Monaten Sturz von einem Gerüst ohne körperliche Läsion, aber 3 Tage nachher Krämpfe, beginnend mit Präcordialangst, dann Verdrehungen, Bewusstlosigkeit und Starre. Dauer wenige Minuten, Amnesie; nach dem Anfall einige Zeit clonische Zuckungen der oberen und unteren Extremitäten.

Status: Hochgradige, unregelmässig vertheilte Sensibilitätsstörungen (Anästhesien und Hyperästhesien). R. Pupille weiter als l., prompte Reaction, Bulbi ohne Beweglichkeitsbeschränkung; bei Fixation extreme Convergenzstellung, die bei intendirter Seitenwendung nicht verlassen werden kann; dabei gleichnamige Doppelbilder. Bei Abduction der Bulbi Contractionszuckungen; nach öfteren Unter-

suchungen Steigerung der Convergenzkrämpfe, so dass sie bei jeder stärkeren Fixation eintreten; später auch Mehrfachsehen.

Diagnose: Convergenzkrämpfe auf hysterischer Grundlage.

Fall 4. 30 Jahre alte Frau litt bereits als Kind an Nervosität, welche während der Menses mit Migräne combinirt war; seit 2 Jahren gesteigert; bei Fixation eines nahen Gegenstandes tritt maximale Adduction der Bulbi ein, verbunden mit Erweiterung der Lidspalten, stärkster Miosis, Röthung der Conjunctivae, Thränen, fibrillären Zuckungen des Orbicularis und gehäuftem Lidschlag. Bei gewöhnlichem Sehen normale Augenstellung.

Diagnose: Convergenzkrampf mit clonischen Zuckungen der Lider.

Der dritte Theil der Arbeit trägt mehr einen polemischen Character. Verf. sucht unter Heranziehung der alten Literatur zu beweisen, dass bei Hysterie auch an den Augen alle denkbaren Formen von Bewegungsstörungen vorkommen können. Er zählt folgende Typen hysterischer Augenmuskelstörungen auf:

1. Dissociation der Augenbewegungen. Beweglichkeitsbeschränkung einzelner Muskeln fehlt meistens, aber die Augen bewegen sich in atypischer Weise, wenn sie gemeinsame coordinirte Bewegungen ausführen sollen.
2. Lähmungszustände:
   a) isolirter Muskeln (zweifelhaft),
   b) associirter Muskelgruppen, sog. Blicklähmung.
3. Krampfzustände:
   a) einzelner Muskeln (spastisches Schielen),
   b) associirter Muskelgruppen (Déviation conjugée),
   c) der Recti interni und der Binnenmusculatur (Convergenzkrämpfe).
4. Strabismus concomitans.
5. Nystagmus.
6. Krampf- und Lähmungszustände der Binnenmusculatur der Augen.
7. Krampf- und Lähmungszustände der Lider (Blepharospasmus, Nictitatio. Ptosis pseudoparalytica).

Brodmann.

34. *Westphal*, Ueber Pupillenerscheinungen bei Hysterie. Berlin. klin. Wochenschrift 1897 Nr. 47 u. 48.

Unter den Arbeiten über hysterische Pupillenstörungen ist die vorliegende die jüngste; sie fasst das Ergebniss der neueren Publicationen über dieses Gebiet nochmals zusammen, fügt dazu 4 (resp. 5) eigene Beobachtungen aus der Krampfabtheilung der psychiatrischen Klinik in Berlin und zieht daraus die Consequenzen.

Zuerst bringt Verf. zwei Beobachtungen von hysterischen Pupillenanomalien auf spastischer Grundlage und zwar während der anfallfreien Zeit.

Fall 1. Dienstmädchen, 27 Jahre alt, ohne hereditäre Belastung und ohne Lues. Als Kind häufig Augenentzündung, seit frühester Jugend Augenzuckungen (angeborener Nystagmus, Ref.). Beginn der Erkrankung nach Schreck mit Erbrechen und Bluthusten.

Status: Beiderseitige starke Herabsetzung des Sehvermögens, hochgradige Miosis, Reaction erhalten, Nystagmus horizontalis. Alte Chorioiditis r. Andauerndes Bluthusten und Erbrechen, Spinalpunction erfolglos.

Verlauf: In der 3. Woche Auftreibung und Druckempfindlichkeit des Leibes, Retentio urinae. Darauf im Anschluss an eine unangenehme Nachricht Krampf-

anfall (Opisthotonus); in der Folgezeit Häufung der Anfälle, Coupirung derselben durch wenige Tropfen Chloroform. Aufnahme in die Nervenabtheilung nach zwei Monaten.

Pat. zeigt hier Lichtscheu, lebhaften Lidschlag, Nystagmus, stecknadelkopfgrosse Pupillen, die auf Licht- und Convergenzreiz absolut reactionslos sind. Sehvermögen l. vollkommen aufgehoben, r. Finger nur als Schein. Motorische Parese und Hyperalgesie beider Beine mit gesteigerten Kniephänomenen. Arme und Rumpf hyperästhetisch.

Im weiteren Verlauf traten täglich 1—2 Krämpfe von $^1/_2$—1 Stunde Dauer auf, die Untersuchung der Pupillen war dabei unmöglich. Oefteres Abwechseln von Bluthusten und Erbrechen, spontanes Sistiren des einen und Einsetzen des anderen Symptoms. Eines Tages wieder hochgradiger Meteorismus. Bei der Untersuchung ergab sich eine ausgeprägte Contractur des Rectus abdominis bei eingesunkenen seitlichen Partien des Leibes (eigenthümliche Configuration desselben). Gleichzeitig war eine Deviation der Zunge eingetreten; die Zunge bildet einen concaven Haken nach l. und ist in der l. Hälfte stark verdickt. Dann bessert sich die Motilität zusehends, statt dessen tritt eine totale sensible und sensorielle Hemianästhesie ein. Auf Atropineinträuflung entsteht Ptosis am r. Auge. —

Wiederholt wird bei abgelenkter Aufmerksamkeit (Spiegeluntersuchung) mittlere Pupillenweite bemerkt und einer unerwarteten starken Belichtung (mit Vermeidung von Convergenzbewegungen) gelingt es dann auch, prompte Reaction der Pupillen zu erzeugen. Im Uebrigen stets hochgradige Miosis bei der Untersuchung und absolute Pupillenstarre auch auf concentrirteste Beleuchtung.

Fall 2. Näherin, 21 Jahre, ohne nachweisbare neuropathische Belastung, fällt beim Anblick eines Grossfeuers (Rettungsversuche) in Ohnmacht; von da ab Anfälle von Bewusstseinsverlust, ständiger Kopfschmerz; nach einem Anfall blieb Doppelsehen und Zuckungen im r. Arm zurück.

Status: Spastische Contractur im l. Arm. Strabismus convergens duplex, l. stärker als r., bei Ablenkung der Aufmerksamkeit zeitweise verschwindend. Hippus. Monoculäre Diplopie, hochgradige Miosis mit Lichtstarre auf beiden Augen; bei focaler Beleuchtung hin und wieder paradoxe Pupillenreaction. Concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, Contractur der Zunge. Manchmal, wenn Pat. unbeobachtet ist, wird Erweiterung der Pupillen und Nachlassen der Convergenzstellung der Bulbi constatirt.

Hypnose durch Druck auf die Bulbi: Erzeugung eines cataleptischen Stadiums mit spontanem Opisthotonus. Auf Suggestion verschwinden alle Augensymptome und können ebenso der Reihe nach — Strabismus, Doppelsehen, Miose — wieder hervorgerufen werden. Heilung vollständig und dauernd.

In diesen beiden Fällen handelt es sich unstreitig um hysterische Contracturzustände an den Augenmuskeln; beide Mal war eine Verengerung und Starrheit der Pupillen vorhanden, beruhend auf Spasmus des Sphincter Iridis; einmal war derselbe vergesellschaftet mit einer doppelseitigen Contractur der Interni (analog dem Fall Hitzig's). Beide Fälle wiesen eine Zungencontractur (forme fruste des Hemispasmus glosso-labialis) auf; einmal bestand ausserdem eine Contractur des Rectus abdominis, des R. orbicularis oculi und eine doppelseitige Amblyopie resp. Amaurose. Den Hippus erklärt Verf. als eine Reaction auf den fortwährenden Wechsel psychischer und sensibler Reize; die monoculäre Diplopie dagegen führt

er auf einen Accommodationskrampf zurück, welcher (nach Analogie der Eserinmiose) eine verschiedene Krümmung der einzelnen Linsensegmente hervorrufe. Characteristisch für die hysterische Natur dieser Symptome, speciell der Pupillenphänomene ist der Einfluss der Aufmerksamkeit; im zweiten Fall „wurde der psychogene Ursprung der Contracturen in besonders deutlicher Weise durch die Möglichkeit, dieselben durch Hypnose zu beseitigen und willkürlich wieder hervorzurufen, erwiesen". Als beweisend führt Verf. ferner an die Art der Anfälle, die vorübergehenden Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen, den Contracturzustand der einen Zungenhälfte, im ersten Fall besonders das Alterniren der Symptome des Verdauungstractus, das Auftreten des einen nach dem Verschwinden des anderen Symptoms.

An zweiter Stelle beschreibt Verf. 2 Fälle von Hysterie mit abnormem Verhalten der Pupillen während der Anfälle selbst.

Fall 3. 28jährige Frau; keine hereditären Belastungsverhältnisse oder Lues nachzuweisen. Früher gesund. Vor 3 Jahren im Anschluss an psychische Irritation 3tägiger Mutismus; seither Krampfanfälle; in letzter Zeit gehäuft.

Status: Normal, ausser allg. Hypalgesie an den unteren Extremitäten, Geschmackstörungen und concentrischer Einengung des Gesichtsfeldes für Weiss und Farben.

Verlauf: Die Anfälle sind in 2 Perioden zu trennen: Diejenigen von Juni 1896 bis Januar 1897 sind rein hysterische, während mit Seltenerwerden derselben ein epileptoider und schliesslich ein typisch epileptischer Character entsteht.

Die Anfälle der ersten Periode zeichneten sich aus durch serienweises Auftreten (tägl. 10—20) und dadurch, dass sie oft während der Visite oder durch kleine Erregungen ausgelöst wurden.

Der einzelne Anfall beginnt ohne Aura mit Respirationsbeschleunigung und schluchzenden Lauten; darauf Hinfallen, Contorsionen des Rumpfes, tonische Anspannung der Körpermusculatur, Arc de cercle-Bildung, Cyanose, häufig blutiger Schaum vor dem Munde ohne Zungenbiss; kein Urinabgang und keine clonischen Zuckungen. Allmählich spontane Erschlaffung des Tonus oder künstliche Unterbrechung des Anfalles durch faradischen Strom. Im Anschluss an eine Serie solcher Anfälle mitunter Verwirrtheitszustände und Thierhallucinationen.

Pupillen im Anfall meist erweitert, selten mittelweit, nie verengert, absolut lichtstarr auch bei focaler Beleuchtung; am deutlichsten ausgeprägt auf der Höhe des convulsivischen Stadiums (Arc de cercle, exspiratorische Dyspnoe, Musceltonus), nachlassend mit beginnender Erschlaffung der Musculatur und freiwerdender Athmung; selten dauert die Pupillenstarre und Mydriasis auch noch im deliranten Stadium (1—2 Minuten) an.

Diese Anfälle wurden im Anfange des Jahres 1897 immer seltener und wechselten dabei ihren Character; sie beginnen mit Aura und Zungenbiss, es überwiegen die clonischen Zuckungen der Extremitäten, die Athmung ist röchelnd, es geht Urin ab, die Pupillen sind ebenfalls weit und starr. Es fand also hier ein Uebergang von Hysterie in Epilepsie durch eine Periode von Anfällen sog. „Hystero-Epilepsie à crises distinctes" Charcot's statt.

Fall 4. Fabrikarbeiterin, 25 Jahre alt, weist weder Heredität noch Lues auf. Mit 13 Jahren, im Zusammenhang mit der Menstruation, Anfälle. Anstaltsbehandlung. Diagnose: Respirationskrämpfe mit nachfolgenden Erregungzuständen. Pupillen

damals normal. Spontane Heilung von 6jähriger Dauer. Im Anschluss an Bleiintoxication Recidiv: Anfälle mit Verwirrtheit.

Status: Bleisaum, Tremor der Zunge, kolikartige Schmerzen, Sensorium frei. R. herabgesetzte tactile Sensibilität. Starke concentrische Gesichtsfeldeinengung für Weiss und Farben.

Anfälle täglich vereinzelt oder serienweise, während der Menses Steigerung und Vielgestaltigkeit derselben; durch Druck auf Ovarien oder Bulbi künstlich auszulösen.

Character eines einzelnen Anfalls: Beschleunigte Athmung, glucksende Laute, Tremor und blitzartige Zuckungen, dann unter Ausdruck des Schreckens Arc de cercle, dabei blutiger Schaum vor dem Munde ohne nachweisbare Verletzung der Zunge. Den Schluss bildet ein leichtes Delir.

Auf der Höhe des Anfalls sind die Pupillen sehr erweitert und lichtstarr, im Beginn und Ausklingen desselben zeigen sie träge Reaction; einige Male war Minuten lange Pupillenstarre während der ganzen Dauer eines Anfalls nachweisbar. Bemerkenswerth ist, dass manchmal bei Einfall von gewöhnlichem Tageslicht eine Reaction eintrat, während sie bei künstlicher Beleuchtung ausblieb. Verf. räth deshalb, immer beide Lichtquellen zur Controle zu benützen. Eine Beziehung zur Epilepsie konnte in diesem Falle noch nicht ermittelt werden, obwohl nach Analogie des vorigen Falles und mit Rücksicht auf die Aetiologie (Bleivergiftung) an den Ausbruch einer solchen gedacht werden muss.

Hypnose war leicht zu erzielen; sie zeigte spontane Catalepsie, dann Delirien; posthypnotische Suggestionen wurden realisirt. Die Pupillen reagirten während der Hypnose gut. Bedauerlicher Weise schweigt sich Verf. vollkommen über eventuelle therapeutische Erfolge hypnotischer Suggestionen aus.

In einer Randbemerkung erwähnt Verf. noch, dass er ganz neuerdings bei einem Kranken mit zweifellos hysterischen Anfällen (Arc de cercle) ebenfalls starre und weite Pupillen zu beobachten Gelegenheit hatte.

Die Schlussfolgerungen, welche Verf. aus seinen Beobachtungen zieht, lassen sich dahin zusammenfassen, dass es Hysterien giebt, in denen Pupillenstarre während der Anfälle und solche, in denen sie im Anschluss an dieselben oder auch ohne nachweisbaren Zusammenhang mit Anfällen vorkommt. Andauernd starre Pupillen sind nie beobachtet. Diese Thatsache ist geeignet, „das bisher allgemein giltige Gesetz von der differentialdiagnostischen Bedeutung der Pupillenstarre zwischen hysterischen und epileptischen Anfällen“ sehr in Frage zu stellen.

Die hysterische Pupillenstarre beruht nach seiner Ansicht wahrscheinlich auf bisher unbekannten centralen Reiz- (Lähmungs-?) Zuständen. Brodmann.

35. *Sabrazès* u. *Cabannes*, Nystagmus vibratoire de nature hystérique spontané et provoqué par suggestion dans l'hypnose. Rev. de neurologie 1896, IV. 18.

Die beiden Verf. suchen die bereits früher (Sabrazès, Existe-t-il un nystagmus hystérique? Semaine médicale 26. IX. 1894) gegenüber Charcot vertretene Ansicht, dass es einen hysterischen Nystagmus gebe, aufs Neue zu beweisen. Sie stützen ihre Ansicht durch das kräftigste Argument, das Experiment; sie brachten einen Fall von Nystagmus bei einer Hysterischen durch hypnotische Suggestionen zur Heilung und vermochten, wie es Forel schon früher mit

Ptosis, Strabismus, Deviation conjugée, Blepharospasmus und Amaurose gelungen war, bei 2 anderen Personen, welche die erstere Kranke gesehen hatten, in der Hypnose künstlich Nystagmus zu erzeugen und wieder zu beseitigen. Damit dürfte wohl auch die neuerdings von Graefe vertretene Ansicht, dass zur Erklärung des Nystagmus ausnahmslos die Mitwirkung eines neuropathischen Momentes heranzuziehen sei, an Halt gewinnen, und jene alte Eintheilung in einen angeborenen, auf Sehschwäche beruhenden und einen erworbenen Nystagmus immer mehr in den Hintergrund gedrängt werden. (Vgl. Graefe, Die neuropathische Natur des Nystagmus — Arch. für Ophthalmologie 1895, 41.)

Fall. 17jähriges Mädchen, früher (1894) successiv von den verschiedensten neuropathischen Störungen, wie Convulsionen, Contracturen, Schlafzuständen, Mutismus, transitorischer Paraplegie etc. befallen, sowie an pendelndem Zittern des r. Armes und doppelseitigem vibratorischen Nystagmus leidend, war durch Faradisation und hypnotische Suggestion geheilt worden, bekam aber während eines dreimonatlichen Landaufenthaltes einen Rückfall. Sie leidet jetzt, neben anderen Störungen, wieder an Zittern des r. Armes und an einem sehr rasch oscillirenden, doppelseitigen, horizontalen Nystagmus, der sowohl bei greller Beleuchtung, wie bei intendirten Bewegungen sich steigert, durch künstlichen Verschluss der Augen aber coupirt werden kann; bei gewöhnlicher Ruhigstellung der Augen zittern die Augen unter den Lidern weiter. Das Zittern wird manchmal so heftig, dass auch die Iris dadurch mit in Erschütterung geräth (Irisschlottern); es besteht sowohl beim Blick in die Ferne als in die Nähe. Bei Fixation eines nahen Gegenstandes weicht das l. Auge nach innen ab, es bleibt jedoch auch dann der Strabismus convergens bestehen, wenn sich die Augen in die Ferne einstellen. Allmählich entwickelte sich ausserdem Lichtscheu, Blepharospasmus und Zittern der Lider. Augenbefund sonst normal (ausser Myopie). Therapeutische Erfolge der Suggestion.

Die Verf. zeigten nun 2 anderen hysterischen Personen diese Kranke, versetzten sie in Hypnose und gaben ihnen die Suggestion, dass bei ihnen dasselbe Augenzittern eintreten werde. Es bildete sich dann bei beiden ein ganz analoger Nystagmus aus, bei der einen war aber die interessante Beobachtung zu machen, dass sie ausserdem einen Strabismus convergens am r. Auge bekam. Es braucht wohl nicht betont zu werden, dass es sich hier um eine unbeabsichtigte Autosuggestion handelt, welche eine genaue Copie des gesehenen Krankheitszustandes nach Art eines Spiegelbildes bewirkte. Versuche mit einer dritten Person verliefen resultatlos.

Brodmann.

36. *Lilienfeld*, Ueber Hysterie, Krankenvorstellung in der Berl. Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 13. Juli 1896. Allg. med. Central-Ztg. 1896, No. 74.

Der Fall bietet nichts Bemerkenswerthes, als dass hysterische Sprach- und Schriftstörungen (Dysarthrie) sowie Parese beider Beine und Diathèse de Contracture, die bereits seit 10 Jahren bestanden, durch Hypnose momentan beseitigt wurden, so dass die Sprache absolut fliessend und die Schrift „fast kalligraphisch“ war.

Brodmann.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber die Bedeutung der Hypnose für die Nachtwachen des Wartpersonals.

Von

Walter Inhelder,

(Assistenzarzt an der Irrenanstalt Münsterlingen (Thurgau).

Seit einem Decennium werden in der Irrenanstalt Burghölzli in Zürich unter der Leitung von Herrn Professor Forel hypnotisirte Wartpersonen verwendet für die Nachtwachen bei unruhigen und selbstgefährlichen Patienten. Herr Professor Forel macht hierüber Mittheilung in seinem Lehrbuch über Hypnotismus, wo er auf Seite 59 und 60 der 3. Auflage Folgendes schreibt:

„Es ist mir gelungen durch Suggestion diejenigen Associationen zu fixiren, die einen normal Schlafenden wecken, und diejenigen, die er umgekehrt überhören soll, zu fixiren, so dass er z. B. bei einem grossen Lärm ruhig weiter schläft, während das leiseste Geräusch einer anderen Sorte ihn weckt. Dieses ist mir in der Irrenanstalt für das Wartpersonal bei den unruhigen und selbstgefährlichen Kranken sehr nützlich. Ich hypnotisire z. B. einen Wärter und erkläre ihm, dass er den grössten Lärm nicht hört und davon nicht erwacht. Ich klatsche mit den Händen vor seinen Ohren, pfeife laut in seine Ohren; er erwacht nicht. Dann sage ich ihm, dass er auf dreimaliges leises Knistern meines Nagels (so leise, dass kein Anwesender es hört) sofort erwachen werde. Er erwacht sofort darauf, erinnert sich des Knisterns, hat aber vom Klatschen und Pfeifen nichts gehört. Dann erkläre ich ihm, dass er Nachts vom grössten Lärmen und Klopfen der tobenden Geisteskranken absolut nichts hören und ruhig weiter schlafen wird, dagegen sofort wach wird, sobald ein Kranker etwas Ungewohntes oder Gefähr-

liches thut. Seit 7 Jahren (die 3. Auflage ist anno 1895 erschienen) führe ich diese Methode consequent bei allen Wartpersonen der unruhigen Abtheilungen durch, die es wollen, (es sind fast alle), und seither sind die nervösen Erschöpfungen, Schlaflosigkeiten etc. aus jenem Personal so gut wie verschwunden, während die Ueberwachung der Kranken an Sicherheit zugenommen hat. In gleicher Weise lasse ich im Bett neben selbstmordgefährlichen Melancholikern eine Wartperson schlafen, die ich vorher auf die Sicherheit ihrer suggestiven Reaction im Schlaf geprüft habe und gebe ihr die Suggestion vortrefflich zu schlafen, kein Stöhnen und Lärmen zu hören, aber beim gelindesten Wunsch des Kranken, aus dem zu Bett gehen oder sich etwas anzuthun, sofort zu erwachen, resp. nach Wiederversetzung des Kranken ins Bett sofort wieder einzuschlafen. Dieses geschieht mit solcher Pünktlichkeit, dass mehrmals in solcher Weise überwachte Kranke ihre Wärterin für verhext hielten. Wärterinnen, die bis 6 Monate lang ununterbrochen diesen Dienst verrichteten und dabei den ganzen Tag fest arbeiten, blieben ganz frisch und munter, wohl aussehend und zeigten keine Spur von Müdigkeit. Freilich gehören dazu sehr suggestible Leute; doch habe ich stets mehrere Wärterinnen und Wärter, die zu solchen Dingen geeignet sind."

Zweck dieser Arbeit ist es nun, die zur Zeit noch erhältlichen diesbezüglichen Daten aus der Geschichte der Anstalt zusammenzustellen, um dadurch die Bedeutung der Hypnose für die Nachtwachen des Wartpersonals an einer grösseren Anzahl von Fällen zu beleuchten. Es ist mir von Anfang an mitgetheilt worden, dass mir dazu ein in verschiedener Hinsicht etwas dürftiges Material zu Gebote stehe, da über die betr. Fälle bis dato nur sehr unvollständige Aufzeichnungen seien gemacht worden. Leider fand ich dies bestätigt. Für einmal giebt meine Zusammenstellung insofern ein unvollständiges Bild von den Erfahrungen, die innerhalb der letzten 10 Jahre in der Anstalt mit den hypnotisirten Wartpersonen gemacht wurden, als ein Theil derselben, darunter auch einige vorzügliche Somnambulen nicht mehr konnten ausfindig gemacht und einvernommen werden. Sodann halten sich die Krankengeschichten in ihren Mittheilungen über die Verwendung hypnotisirter Wartpersonen sehr knapp. Bei meiner Untersuchung wandte ich mich vorerst an die Wartpersonen selbst, liess mir von ihnen berichten, bei wem sie in der Eigenschaft als hypnotisirte Wächter gewartet und was für Erfahrungen sie dabei gemacht hätten. Hierauf durchging ich die Krankenjournale der betr. Patienten und besprach mich dann abermals mit dem Wartpersonal. Dabei fand ich, dass mir

keine einzige Angabe gemacht worden wäre, welche der Krankengeschichte widersprach. Was die Verwendung des mir zur Verfügung gestellten Materials zu meiner Arbeit betrifft, so halte ich darauf, neben den Aussagen der Wärter und Wärterinnen und den auf unser Thema sich beziehenden Notizen der Journale auch diejenigen Züge aus den Krankengeschichten der bewachten Patienten anzuführen, welche die Selbstgefährlichkeit der letztern erhärten. Für den Gang der Darstellung halte ich die Reihenfolge bei, in der ich die Wartpersonen einvernommen habe.

1. Aus den Aussagen der Wärterin W. M. erhellt, dass sie hypnotisch gut zu beeinflussen ist; Analgesie für Nadelstiche, Amnesie und posthypnotische Reactionen sind bei ihr leicht hervorzurufen. Die Wärterin giebt an, bevor sie für die Nachtwache hypnotisirt worden sei, hätte sie häufig im Schlaf Geräusche überhört, durch welche andre Personen geweckt worden seien. Allerdings schlief sie damals nur bei solchen Kranken, die ihr als ungefährlich bekannt waren. Ueber den Inhalt der Suggestion, die ihr für die Nachtwache bei selbstgefährlichen Patientinnen gegeben wurde, äusserte sie sich dahin, der Herr Director hätte ihr gesagt, sie vermöge trotz des gewöhnlichen Lärms von Seiten der betreffenden Patientinnen, wie z. B. Jammern, ungestört zu schlafen, sie wache aber sofort auf, sowie eine Kranke das Bett zu verlassen suche oder sonstwie ein verdächtiges Geräusch mache und könne gleich wieder schlafen, falls ihr Wachsein nicht mehr nöthig sei. W. M. schlief mit dieser Suggestion bei den fünf nachstehenden Kranken, über welche die Journale der Anstalt folgende für uns wesentliche Punkte berichten:

1. bei einem an hypochondrischer Melancholie leidenden älteren Fräulein (Nr. 6292 des Krankenregisters), aufgenommen im Jahr 94. Vom 27. III. 96 berichtet die Krankengeschichte, Patientin bitte verzweifelt, man möchte sie tödten, vom 13. X. 96, sie verlange nach Gift, vom 6. XI. 96, sie äussere Selbstmordgedanken, so dass ständige Ueberwachung angeordnet wurde;

2. bei einer an hypochondrischem Wahn leidenden Bäuerin (Nr. 6658), aufgenommen im Juni 96. Durch den Gedanken bei Anlass eines aussereheliehen sexuellen Verkehrs mit einem Mann schwanger geworden zu sein, sehr aufgeregt, suchte sie sich vor der Aufnahme in die Anstalt mehrere Male das Leben zu nehmen. Vom 9. VII. 96 berichtet das Krankenjournal, Patientin schlafe wegen Selbstgefährlichkeit bei einer hypnotisirten Wärterin; vom 15. VIII. 96 wird mitgetheilt, die Kranke hätte im Anstaltsgarten Steine verschluckt;

3. bei einer Melancholica (Nr. 6903), aufgenommen im Juni 97. Im Glauben nicht selig werden zu können, machte sie zu Hause vor der Aufnahme öftere Suicidversuche, suchte sich mit den Händen und mit einem Leintuch zu erwürgen. Sie wurde bis zum 15. X. 97 wegen Selbstgefährlichkeit von einer hypnotisirten Wärterin beaufsichtigt;

4. bei einer im September 97 aufgenommenen, an Verrücktheit leidenden Patientin (Nr. 6983), welche plötzlich erkrankt war, ihren Mann der Untreue bezichtet hatte und auf die Grundlosigkeit ihrer Beschuldigung aufmerksam gemacht, über sich in Verzweiflung gerieth. Bei der Aufnahme äusserte sie Selbstmordgedanken, verlangte nach einem Revolver, suchte sich Abends mit dem Licht das

Hemd anzuzünden. Vom 16. X. 97 berichtet die Krankengeschichte, es schlafe eine hypnotisirte Wärterin bei der Patientin. Die Kranke verlasse oft ihr Bett, werde aber stets dabei bemerkt von der Wärterin W. M. Selbstmordversuche seien nicht beobachtet worden weder von der Wärterin, noch von der im nämlichen Zimmer schlafenden genesenden Patientin Frau G. Frau G. kennt keinen Fall, dass die Kranke das Bett verlassen hätte ohne von W. M. beobachtet worden zu sein;

5. bei einer in den sechziger Jahren stehenden Melancholica (Nr. 6984), aufgenommen im September 97. Patientin verliess laut Krankengeschichte nachts sehr oft das Bett und wurde daher in den Wachsaal versetzt, während sie früher bei einer hypnotisirten Wärterin schlief.

Die Wärterin giebt an, dass ihr für jede der fünf Patientinnen die Suggestion besonders sei eingeschärft worden. Ueber die Erfahrungen befragt, die sie als hypnotisirte Wärterin gemacht hatte, weiss sie folgende Mittheilungen zu machen, die für uns von Interesse sind.

Patient Nr. 6292 und 6658 verhielten sich Nachts stets ruhig. Wärterin wachte selten auf und musste nie aufstehen. Es ist der Wärterin auch kein Fall bekannt, dass sie erst am Morgen eine Entdeckung gemacht hätte, die darauf hätte schliessen lassen, dass eine der beiden Kranken nächtlicherweile musste das Bett verlassen haben.

Bei Nr. 6903 schlief Wärterin in der ersten Nacht ungestört, trotzdem Patientin nach Aussage anderer Wärterinnen gelärmt hatte. In der zweiten Nacht erwachte W. M. und sah Patientin, wie sie sich ein Taschentuch um den Hals gewickelt hatte, sich aber ruhig verhielt. Wärterin erinnert sich nicht ein Geräusch als Ursache des Erwachens gehört zu haben; es dürfte wohl anzunehmen sein, dass dies doch der Fall gewesen und dass Patientin sich erst ruhig verhielt, wie sie das Erwachen der Wärterin bemerkte). In den ersten paar Wochen wachte W. M. fast jede Nacht einige Male auf, dadurch, dass die Kranke sich anschickte das Bett zu verlassen. Zuweilen will Wärterin Geräusche gehört haben ohne völlig wach geworden zu sein; nie aber merkte sie erst am Morgen, dass in der Nacht etwas vorgefallen war, das der Beachtung werth gewesen wäre.

Bei Nr. 6982 wurde W. M. oft geweckt durch das Verlassen des Bettes von Seiten der Patientin. Die Wärterin bestätigte die Angabe der Krankengeschichte, dass die im selben Zimmer schlafende Frau G., welche angewiesen war, ihr nöthigenfalls hilfreiche Hand zu bieten, keinen Fall kannte, dass Patientin unbemerkt aufgestanden wäre.

Bei Nr. 6984 machte W. M. dieselben Erfahrungen wie bei der eben erwähnten Kranken.

Die Wärterin erklärt, seit sie für die Nachtwachen hypnotisirt worden sei, nach einer nächtlichen Störung rasch wieder einschlafen zu können, während sie vorher zuweilen längere Zeit schlaflos geblieben sei. Durch die Aussagen von Patientinnen und Mitwärterinnen weiss W. M., dass sie auch, seitdem sie als hypnotisirte Wärterin Nachtwache gehalten, oft Geräusche überhört, wenn sie wieder bei Ungefährlichen schläft.

2. Wärterin N. M. giebt an hypnotisch gut zu beeinflussen zu sein. Sie ist in der Hypnose leicht analgetisch und amnestisch zu machen, und zu posthypnotischen Reactionen zu bringen. Ueber den Inhalt der Suggestion, die sie zur Krankenwacht erhielt, äussert sie sich wie die W. M. Bevor sie zur Kranken-

wacht hypnotisirt wurde, soll sie öfter Geräusche überhört haben, die andre aus dem Schlaf weckten, doch schlief sie damals blos bei Ungefährlichen. Als hypnotisirte Wächterin schlief sie

1. bei einem an Zwangsvorstellungen leidenden Fräulein (Nr. 5721), das öfter Suicidgedanken äusserte, um ihre quälenden Ideen loszuwerden;

2. bei einer an epileptischen Irresein leidenden Patientin (Nr. 6746);

3. bei einer im Juni 90 aufgenommenen hysterisch Verrückten (Nr. 5224), welche, von Eifersuchtswahn befallen, vor dem Eintritt ins Burghölzli Suicidideen äusserte und sich in einem Bad zu ertränken suchte. Nach dem Krankenjournal wurde Patientin zuerst im Wachsaal gehalten und hernach einer hypnotisirten Wärterin in Obhut gegeben;

4. bei einer im Juli 96 aufgenommenen Verrückten (Nr. 6670), welche im Gedanken, den Tod ihres einzigen Kindes selbst verschuldet zu haben, Selbstmordgedanken äusserte;

5. bei einer im April 96 aufgenommenen Wahnsinnigen, welche laut Journal nach einer ruhigen Periode im Mai desselben Jahres plötzlich heftig wurde und lebhaft hallucinirte. Am 1. VII. 96 suchte sie sich mit einem Betttuch zu erdrosseln.

Befragt ob ihr, seit sie für die Nachtwache hypnotisirt worden, zuweilen Geräusche entgangen, erklärt Wärterin sehr bestimmt: „Seit der Hypnose höre ich Alles.“ Nie hätte sie am Morgen eine Entdeckung gemacht, wonach eine Kranke Nachts unbemerkt das Bett verlassen hätte. N. M. giebt an, nach einer nächtlichen Störung rascher wieder Schlaf zu finden als zur Zeit, da sie als nicht hypnotisirte Wärterin bei Ungefährlichen schlief.

3. Wärterin L. B. soll, bevor sie für die Krankenwacht hypnotisirt worden, nachts oft Geräusche überhört haben. Hypnotisch sei sie leicht zu beeinflussen. Sie schlief als hypnotisirte Wärterin bei einer häufig sehr aufgeregten an Verrücktheit leidenden Privatpatientin (N. 1508) und stellvertretend für kürzere Zeit bei einer chronischen Maniaca (Nr. 5759, siehe bei Wärterin A. V.). L. B. erhielt für die Krankenwacht zuerst die Suggestion Nachts bei allen Geräuschen von Seiten ihrer Privatpatientin aufzuwachen. Sie glaubt von da ab entsprechend der Hypnose, nichts mehr überhört zu haben, wurde aber dadurch bei ihrer unruhigen Patientin so oft in ihrer Nachtruhe gestört, dass sie sich darüber beklagte. Darauf erhielt sie die Suggestion nur aufzuwachen falls Patientin ein selbstmordverdächtiges Geräusch mache oder sonstwie ihrer bedürfe. Seither schlief L. B. trotz der Unruhe der Patientin gut; Suicidversuche kamen nie vor, wenigstens wurde nie eine verdächtige Spur entdeckt. Die Suggestion wurde aber in dieser Hinsicht nicht auf die Probe gestellt. So oft aber Patientin das Bett verlässt um auf den Nachtstuhl zu gehen, erwacht Wärterin ohne gerufen zu werden. Nie merkt sie erst am Morgen, dass die Kranke nächtlicherweile zu Stuhl gewesen. Durch Lärm von anderen Zimmern wird Wärterin nicht gestört; auch schläft sie nach einer nächtlichen Störung von Seiten ihrer Schutzbefohlenen eher wieder ein als bevor sie eine diesbezügliche Suggestion bekommen hat.

4. Wärterin Mr. erklärt, bevor sie hypnotisirt worden sei, auf der Abtheilung der Unruhigen oft Nachts lang schlaflos gewesen zu sein. Mr. ist eine vorzügliche Somnambule. Sie ist die Person, von welcher Forel in seinem „Hypnotismus“, am Schluss des Abschnittes über posthypnotische Erscheinungen, erzählt, er hätte ihr

im Wachzustand nicht vorhandene Messer in die Hand und ein wirkliches Messer, das sie in Händen hielt, aus denselben weg suggerirt. Wärterin schlief als hypnotisirte Wache

1. bei einer an melancholischer Verwirrtheit leidenden Frau (Nr. 6509), über welche die Krankengeschichte nichts für uns Bemerkenswerthes erzählt;

2. bei einer sehr selbstgefährlichen Maniaca (Nr. 4899, siehe bei Wärterin A. V.);

3. bei einer im Mai 88 aufgenommenen, mit Zwangsvorstellungen behafteten Verrückten (Nr. 4677). Laut Krankengeschichte äusserte die Patientin bei der Aufnahme den Trieb zu haben den Chef der Krankenanstalt, wo sie seinerzeit thätig war, zu ermorden. Sowohl in den Jahren 81 wie 84 und 87, innerhalb welchen sie in dem betreffenden Krankenhaus weilte, hegte sie Lust zu sterben und ihren Vorgesetzten zu tödten. Zwischen den Jahren 84 und 87 war sie in einer Irrenanstalt untergebracht. Daselbst suchte sie eine Mitpatientin, welche sie in der Nachtruhe etwas störte, zu erwürgen und zeigte sich, in die Zelle versetzt, sehr zerstörungssüchtig. Im Burghölzli selbst suchte sie öfters die Aerzte und Wärterinnen zu prügeln, bedrohte im October 90 den Arzt mit einer Gabel, äusserte am 5. I. 91 den Trieb zu haben, den an jenem Tag in der Küche Visite machenden Arzt zu erstechen, drohte am 16. II. 91 sich das Leben zu nehmen;

4. bei einer an depressivem agitirtem Wahnsinn erkrankten Frau (Nr. 6589), aufgenommen im März 96, welche vor der Aufnahme erklärte sich die Pulsadern öffnen zu wollen und auch in einem Weiher den Tod suchte. In der Anstalt wünschte sie, dass stets eine Wärterin bei ihr wäre;

5. bei einer im Dezember 96 aufgenommenen, an acuter Verwirrtheit leidenden Frau (Nr. 6765), welche sich sehr aggressiv gegen die Wärterinnen benahm, so dass nach Aussage der Mr. längere Zeit hindurch für die Patientin Doppelwachen erforderlich waren, wobei die eine Wärterin im Zimmer der Kranken, die andre vor der Thüre schlief.

Wärterin sagt, seit sie zur Krankenwacht hypnotisirt worden sei, habe sie trotz des Spektakels schlafen können, nur ausnahmsweise wäre sie bei Nr. 4899 und 4677, für kurze Zeit aufgewacht, wenn der Lärm gar zu arg geworden. Sie schlief bei beiden vor der Zellenthüre. Zuweilen hätte sie Geräusche gehört aber doch weitergeschlafen. Mr. meint bei keiner der ihr anvertrauten Kranken etwas Bemerkenswerthes überhört zu haben und erklärt nach einer nächtlichen Störung stets sehr rasch wieder einschlafen zu können.

5. Wärterin B. L. sagt, sie hätte, bevor sie hypnotisirt worden, sehr festen Schlaf gehabt, habe z. B. in Gewitternächten oft das Donnern nicht vernommen, auch bei Patientinnen manche Geräusche überhört, allerdings schlief sie wie die andern, bevor sie zur Krankenwacht hypnotisirt worden, nicht bei Gefährlichen. Ueber den Inhalt der Suggestion äussert sie sich wie W. M. Eine tiefe Hypnose mit Erinnerungslosigkeit und posthypnotischen Reactionen wurde bei ihr angeblich erst nach mehreren Versuchen erzielt. Als hypnotisirte Wärterin schlief sie

1. bei einem an hypochondrischer Melancholie leidenden Fräulein (Nr. 5816). aufgenommen im November 92, nach der Krankengeschichte hochgradig selbstgefährlich. So berichtet das Journal vom 15. II. 93: Patientin wurde gestern von der Wärterin dabei betroffen, wie sie sich mit einem Taschentuch an der Thürfalle aufhängen wollte. Heut im Unterhaltungssaal will sie sich eine Strähne Garn um

den Hals knüpfen. Vom 1. III. heisst es, Patientin versuchte ein paar Mal Compressen um den Hals zu legen. Am 15. IV. erklärte Patientin, sie habe sich schon im vorigen Sommer ertränken wollen;

2. bei Patientin Nr. 6292 (siehe Wärterin W. M.);

3. bei Patientin Nr. 6903 (siehe Wärterin W. M.);

4. bei Patientin Nr. 6983 (siehe Wärterin W. M.);

5. bei Patientin Nr. 6984 (siehe Wärterin W. M.);

6. bei einer an hallucinatorischer Verwirrtheit leidenden Patientin (Nr. 6953), aufgenommen im August 97. Laut Krankengeschichte steckte sie sich am 3. VIII. einen Verband, den sie wegen eines Injectionsabscesses um den Arm bekommen hatte in den Mund. Vom 5. VIII. bemerkt das Journal, dass sie mit einer hypnotisirten Wärterin schlafe, das Bett oft verlasse und zur Wärterin sich begebe.

Wärterin glaubt seit der Hypnose auf der Abtheilung Gefährlicher nie ein Geräusch, selbst kein harmloses, überhört zu haben. Bei Nichtgefährlichen merkt sie es dagegen zuweilen erst am Morgen, dass eine Patientin Nachts ausser Bett, z. B. auf dem Nachtstuhl, gewesen. Bei Patientin Nr. 5816 erwachte Wärterin in einer Nacht plötzlich, ohne dass ihr ein Geräusch bewusst geblieben wäre und sah die Kranke am Fenster stehend, sich eine Schnur um den Hals anziehend. Die Patientin soll fast geräuschlos manipulirt haben. In einer anderen Nacht erwachte Wärterin und fand die Kranke vor ihrem Bett stehend und sich mit den Händen würgend. Auch diesmal habe Patientin fast kein Geräusch gemacht. B. L. soll bei dieser Kranken oft aufgewacht sein, da sie häufig sich anschickte aufzustehen. Wärterin äussert, nach einer nächtlichen Störung rascher wieder zu schlafen als bevor sie zur Krankenwacht eine diesbezügliche Suggestion empfangen hätte.

6. Wärterin R. B. giebt an, dass sie hypnotisch gut zu beeinflussen sei, kann nach ihrer Aussage amnestisch und analgetisch gemacht werden. Bevor sie zur Krankenwacht hypnotisirt worden, habe sie sehr tiefen Schlaf gehabt, der sie oft Geräusche überhören liess. Behufs Krankenwache wurde ihr die bekannte Suggestion ertheilt. Damit schlief sie

1. bei Patientin Nr. 6953 (siehe bei Wärterin B. L.);

2. bei Patientin Nr. 6903 (siehe bei Wärterin W. M.);

3. bei einer im Juli 96 aufgenommenen an Katatonie Leidenden (Nr. 6672). Das Krankenjournal berichtet über diese Patientin, am 14. X. 96 hätte sie sich mit dem Betttuch zu erdrosseln gesucht und geäussert, sie wolle sterben. Vom 30. XII. 96 heisst es: Patientin springe oft plötzlich aus ihrer katatonischen Stellung auf, mit dem Wunsche zu sterben; vom 23. III. 97 berichtet die Krankengeschichte, Patientin erklettere Fenstersimsen, vom 15. IV., sie verlasse Nachts oft das Bett, vom 15. V., sie hätte im Anstaltsgarten Glasstücke in den Mund genommen um den Stimmen zu gehorchen, welche ihr zu sterben befehlen, vom 23. VI., da sie Nachts oft aufstehe und dadurch die hypnotisirte Wärterin in ihrer Nachtruhe bedeutend störe, werde sie in den Wachsaal versetzt.

Ueber die Erfahrungen, welche Wärterin seit der Hypnose auf ihren Wachen gemacht, äussert sie Folgendes:

Bei Patientin Nr. 6953 sei sie oft erwacht, da jene oft das Bett verlassen habe. Sie glaubt nicht, dass die Kranke einmal unbemerkt ausser dem Bett gewesen sei. In einer Nacht wachte sie plötzlich auf. sah nach der Patientin und beobachtete diese am Fenstergitter emporgestiegen.

Bei Patientin Nr. 6903 erwachte R. B. häufig durch die Unruhe derselben, war aber nie genöthigt aufzustehen. Desgleichen verhielt es sich bei der Patientin Nr. 6672, welche Nachts zwar oft das Bett verliess und dabei die Wärterin weckte, aber nie veranlasste aufzustehen. Entgegen der gegebenen Suggestion erwacht Wärterin seit der Hypnose auch bei Geräuschen von Seiten Ungefährlicher, auch bei stärkerem Lärm von anderen Zimmern her, findet jedoch gleich wieder Schlaf.

7. Wärterin M. L. will vor ihrem Eintritt in die Anstalt, sowie als Wärterin, bevor sie zur Nachtwache hypnotisirt worden, sehr festen Schlaf gehabt haben. Wurde sie in der Anstalt aber Nachts durch ein Geräusch aufgeschreckt, blieb sie gewöhnlich lange Zeit wach. Hypnotisch scheint sie sehr beeinflussbar zu sein. (Sie wurde auch erfolgreich suggestiv gegen Kopfschmerz behandelt.) Als hypnotisirte Wärterin schlief sie

1. bei Patientin Nr. 6292 (siehe bei Wärterin W. M.);
2. bei Patientin Nr. 6903 (siehe bei Wärterin W. M.);
3. während zwei Monaten bei einer an melancholischer Verstimmung mit Suicidgedanken leidenden älteren Privatpatientin.

Etwas Besonderes erlebte Wärterin bei den erwähnten Patientinnen nicht. Sie giebt aber an, sie glaube seit der Hypnose auf jedes Geräusch hin wachgeworden zu sein, sowohl bei Gefährlichen wie bei Nichtgefährlichen. So erwache sie z. B. auch bei relativ geringfügigem Lärm im Wachsaal in der Hälfte der Nacht, während welcher die Mitwärterin zu wachen hat, wo also für sie kein Grund zur Befürchtung vorliegt, etwas Wichtiges zu verschlafen. Nach einer nächtlichen Störung schlafe sie sofort wieder ein.

8. Wärterin E. M. hatte, bevor sie ins Burghölzli trat, festen Schlaf, seit sie Wärterin ist, schläft sie, da sie nach ihrer eigenen Aussage etwas ängstlich ist, nur noch leise. Immerhin sollen ihr, bevor sie für den Nachtwachdienst hypnotisirt worden, ab und zu unbedeutende Geräusche entgangen sein. Hypnotisch sei sie nicht sehr leicht zu beeinflussen; erst nach wiederholten Versuchen seien bei ihr Analgesie, Amnesie und posthypnotische Reactionen hervorgerufen worden.

Als hypnotisirte Wärterin hatte sie die bekannte Suggestion erhalten. Sie schlief damit

1. bei Patientin Nr. 6292 (siehe bei Wärterin W. M.);
2. während 3 Wochen bei einer an hypochondrischer Melancholie leidenden Frau (Nr. 4411), aufgenommen im Mai 87, welche vor der Aufnahme verschiedene Suicidversuche ausgeführt hatte, wobei sie sich einmal ein Messer in die Seite stiess;
3. bei einer an senilem depressivem Verfolgungswahn leidenden Patientin (Nr. 6052), aufgenommen im Nov. 93.

Ferner wachte sie vor etwa 3 Jahren bei Anlass einer kleinen Typhusepidemie in der Anstalt wegen einer selbstmordgefährlichen Patientin einige Zeit im Typhuszimmer. Sie erinnert sich des Namens jener Kranken nicht mehr. Wärterin weiss nicht, dass sie jemals, seit sie als hypnotisirte Wärterin wachte, ein Geräusch überhört hätte. Bei Patientin Nr. 6292 sei sie erwacht, wenn diese sich nur umgewendet hätte in ihrem Bett. Bei Patientin Nr. 6052 schlief sie eine Zeitlang vor der Zellenthüre und hörte dabei oft, wie die Kranke das Bett verliess.

E. M. giebt an, seit der Hypnose stets nach einer Störung sehr rasch wieder zu schlafen. Im Wachsaal entgehen ihr, wenn sie in der Vormitternacht gewacht hat, in der zweiten Hälfte der Nacht zuweilen kleinere Geräusche, da sie alsdann

ziemlich müde sich fühlt, während sie glaubt, Alles in der ersten Hälfte der Nacht zu hören, wenn sie erst in der zweiten Hälfte ihre Wache anzutreten hat.

9. Wärterin A. F. (zur Zeit nicht mehr im Anstaltsdienst) soll, bevor sie für die Nachtwachen hypnotisirt worden, sehr tief geschlafen haben, „zum Fortgetragenwerden". Seit sie eine Suggestion für die Nachtwachen erhalten, glaubt sie keine Geräusche mehr überhört zu haben, wenigstens wurde sie nie am Morgen auf die Spuren eines Ereignisses aufmerksam, das in der Nacht sich zugetragen hätte, ohne von ihr beobachtet worden zu sein.

Als hypnotisirte Wache schlief sie

1. bei Patientin Nr. 6052 (siehe bei Wärterin E. M.);

2. bei einer im Februar 91 aufgenommenen Melancholica Nr. 5401, welche vor der Aufnahme Suicidgedanken hegte, nach einem Strick verlangte und sich mit einer seidenen Halsbinde zu erdrosseln gesucht hatte. Laut Journal wurde in der Anstalt nichts von Suicidabsichten bemerkt (vergleiche die Aussage der Wärterin A. V. über Patientin 5401);

3. bei Patientin Nr. 5816 (bei Wärterin B. L.).

A. F. giebt an, dass sie entgegen der Suggestion nach einer nächtlichen Störung sofort wieder zu schlafen, oft längere Zeit hindurch bei Patientin 5401 und 5816 wach geblieben sei, da sie sich bei den beiden ängstigte wegen ihrer Selbstmordsgedanken. Bei Patientin Nr. 5401 sei A. F. Nachts oft im Schlaf gestört worden. Die Kranke Nr. 6052 hätte häufig das Bett verlassen, um der Wärterin die Schlüssel zu nehmen, aber stets sei sie daran durch das Aufwachen der A. F. verhindert worden.

Seit A. F. nicht mehr im Anstaltsdienst steht, schlafe sie wieder gut, so fest wie zur Zeit, da sie im Burghölzli noch bei Ungefährlichen schlief.

10. Wärterin B. Mü. hatte vor der Hypnose sehr tiefen Schlaf; einmal schlief sie im Wachsaal ein, trotzdem sie wusste, dadurch einer Busse zu verfallen. Sie wurde zunächst hypnotisirt, sie werde auf ihrer Wache im Wachsaal des Schlafes sich gut erwehren können. Trotz der Hypnose muss sie zuweilen dabei mit aller Energie gegen den Schlaf ankämpfen. Wärterin sagt, sie wäre überhaupt nicht sehr suggestibel, habe in der Hypnose die Nadelstiche stets, wenn auch abgestumpft, wahrgenommen.

Sie schlief als hypnotisirte Wache

1. bei Patientin Nr. 6292 (siehe unter Wärterin W. M.);

2. bei einem an Verrücktheit leidenden älteren Fräulein Nr. 6958, aufgenommen im August 97. Vor der Aufnahme ins Burghölzli hatte sie sich, von Verfolgungsideen gequält, ins Wasser gestürzt und nach der Anstalt M. verbracht, gedroht über eine Brücke hinunterzuspringen. Vom 11. VIII. berichtet das Journal, es schlafe wegen Selbstgefährlichkeit der Patientin eine hypnotisirte Wärterin bei ihr;

3. bei Patientin Nr. 6052 (siehe Wärterin E. M.);

4. bei Patientin Nr. 6903 (siehe Wärterin W. M.);

5. bei Patientin Nr. 6936, an Paralyse krank, zeigte keine suicidverdächtigen Züge.

Wärterin erzählt, dass sie, während sie vor der Hypnose es oft nicht merkte, wenn eine Patientin das Bett verliess, sie seit der Hypnose es glaube stets beobachtet zu haben. So erwacht sie nach den Aussagen einer Mitwärterin bei der Kranken Nr. 6052 jetzt stets, während sie es vorher oft nicht merkte, wenn diese

das Bett verliess. Nach einer nächtlichen Störung schläft sie jetzt bei Gefährlichen rascher wieder ein als sie es vorher bei Ungefährlichen gethan.

11. Wärterin F. Z. soll vor der Hypnose auch bei erheblichem Lärm gut geschlafen haben. Sie ist wohl ziemlich leicht in hypnotischen Schlaf zu versetzen, analgetisch und amnestisch zu machen, reagirt aber nicht sehr prompt auf posthypnotische Suggestionen complicirterer Art. Sie wurde in der Zeit, während welcher ich im Burghölzli weilte, experimenti causa hypnotisirt, sie werde auf der unreinen Abtheilung, auf der sie zur Zeit stationirt war und nächtlich 2 Mal die Patienten rein zu legen hatte, ohne Wecksignal genau um 12 und 3 Uhr erwachen, um die Kranken zu besorgen. Die an mehreren Tagen wiederholte Suggestion wurde nie exact befolgt; immerhin erwachte F. Z. fast jede Nacht 2 Mal, wich aber um 1 Stunde von dem durch die Hypnose bestimmten Termin ab. Natürlich wäre es verfehlt, daraus zu folgern, dass die Wärterin deshalb als hypnotisirte Nachtwache untauglich wäre. Einmal fiel bei unserem Versuch das die Suggestion verstärkende Moment der Verantwortung weg (es war auch ausdrücklich jede Strafe bei nicht promptem Erwachen ausgeschlossen), und ferner ist es schwerer, eine posthypnotische Reaction zu erhalten, wenn der die Reaction direct auslösende Umstand von aussen wegfällt. Die Erfahrung scheint, entsprechend dieser Ueberlegung, darzuthun, dass F. Z. sich als hypnotisirte Krankenwärterin durchaus brauchbar erweist. Wärterin schlief bis anhin als hypnotisirte Wache bei 2 Patientinnen, die nicht für erheblich selbstgefährlich galten. Die eine derselben, Patientin Nr. 6509 (siehe bei Wärterin Mr.), soll Nachts öfter das Bett verlassen haben, um der Wärterin die Kleider zu nehmen, wobei diese stets aufwachte; es traf sich wenigstens nie, dass ihre Kleider am Morgen an einem anderen Ort sich fanden, als wo sie sie am Abend abgelegt hatte.

F. Z. will seit der Hypnose nach einer nächtlichen Störung rascher einschlafen können als früher. Durch Lärm von anderen Zimmern wird Wärterin nur selten gestört.

12. Wärterin E. Mü. soll vor der Hypnose ebenfalls tief geschlafen und oft erhebliche Geräusche überhört haben. Sie sagt, in der Hypnose habe sie stets gemerkt, was um sie herum vorgegangen sei und nie sei sie gegen Nadelstiche völlig unempfindlich gewesen. (Bei einer späteren Hypnose für einen therapeutischen Zweck, der ich beizuwohnen Gelegenheit hatte, zeigte sie Analgesie, Amnesie und gehorchte sie einer posthypnotischen Suggestion.)

E. M. schlief als hypnotisirte Wärterin

1. bei Patientin Nr. 6509 (siehe Wärterin E. M.);
2. bei Patientin Nr. 6958 (siehe Wärterin B. Mü.);

Bei ersterer sei sie Nachts oft geweckt worden, indem jene oft das Bett verlassen wollte. Bei keiner fand sie jemals Zeichen eines unbemerkten Vorkommnisses. Bei Ungefährlichen hingegen überhöre sie auch jetzt noch manche Geräusche. Stets schlafe sie nach einer nächtlichen Störung sofort wieder ein.

13. Wärterin L. Br., nunmehrige Frau G. (nicht mehr in der Anstalt), äussert, sie hätte, bevor sie hypnotisirt worden, es oft überhört, wenn Kranke das Bett verliessen (sie schlief damals nur bei Ungefährlichen). Sie sei sehr suggestibel.

Als hypnotisirte Wärterin schlief sie

1. bei Patientin Nr. 6052 (siehe bei Wärterin E. M.);
2. bei einer im Januar 95 aufgenommenen Patientin Nr. 6327, leidend an

constitutionell hysterischem Irresein mit Selbstmordtrieb und Grübelsucht. Das Krankenjournal sagt, die Angst vor dem Seelenheil veranlasse die Kranke zu Suicid-ideen. In der späteren Zeit des Anstaltsaufenthaltes, wie Patientin der Heilung entgegenging, erklärte sie: sie hätte in den ersten 4—6 Wochen intensive Suicid-gedanken gehabt und sei nur durch die scharfe Ueberwachung am Selbstmord verhindert worden;

3. bei einer im Nov. 91 aufgenommenen Melancholica, Nr. 5560. Am 18. XI. 91 bemerkt die Krankengeschichte, die Kranke hätte eine aufgeschwollene Unterlippe und darin eine Bisswunde; im diarrhoischen Stuhl seien Nadeln entdeckt worden, am 15. I. 92 bemerkt das Journal, Patientin hätte sich das Leintuch um den Hals geschnürt. Am 30. III. heisst es, eine sehr suggestible Wärterin schlafe bei der Kranken mit der Suggestion, sie werde beim geringsten Geräusch aufwachen. Patientin schlafe im Zimmer der hypnotisirten Wärterin besser als im Wachsaal, da sie dort durch die daselbst herrschende Unruhe sehr gestört wurde;

4. bei einer im Januar 92 aufgenommenen Melancholica, Nr. 5598, laut Journal im Wochenbett erkrankt. Nach der Anamnese soll sie bereits einmal im Puerperium melancholisch gewesen sein und Selbstmordtrieb gehabt haben (sie zündete damals Sprit im Munde an). Nach der Aufnahme äusserte sie, eine Stimme hätte ihr befohlen, ins Wasser zu springen. Vom 3. VII. heisst es im Journal: Patientin wird stiller, der besonderen Obhut der Wärterin empfohlen. Es gelang Patientin gestern im Park über den Zaun zu entrinnen. Des Sees angesichtig, eilte sie sich zu ertränken, fand aber, ins Wasser gesprungen, nicht den Muth unterzutauchen. Am 28. VII. suchte sich die Kranke mit einer Schnur zu erdrosseln.

Wärterin hat keine Anhaltspunkte zur Annahme, seit der Hypnose Nachts je ein bemerkenswerthes Geräusch überhört zu haben. Sie erwachte seit dieser Zeit auch im Wachsaal in der Hälfte der Nacht, in der sie unbesorgt schlafen durfte, auf kleine Geräusche, fand aber immer nach einer nächtlichen Störung rasch wieder Schlaf. Auch jetzt, nach zweijährigem Aufenthalt im Privatleben wache sie bei dem geringfügigsten Lärm auf, schlafe aber auch jetzt noch sofort wieder ein.

14. Wärterin A. V. (jetzt Wärterin in der Irrenanstalt K.), hatte vor ihrem Eintritt ins Burghölzli festen Schlaf, schlief auch in der Anstalt, bevor sie zur Krankenwacht hypnotisirt wurde, bei kleineren Geräuschen ungestört weiter. Wie sie in die Zellenabtheilung kam, war es wegen des oft grossen Spektakels mit der Nachtruhe vorbei. Wärterin war nach Aussage von Herrn Professor Forel die beste Somnambule unter dem Wartpersonal. Sie wurde zunächst mit vollem Erfolg hypnotisirt trotz argen Lärms auf der Zellenabtheilung schlafen zu können; sodann schlief sie mit der bekannten Suggestion bei folgenden Patientinnen:

1. bei einer im Juli 88 aufgenommenen Melancholica Nr. 4749. Vom 22. VII. berichtet die Krankengeschichte, Patientin bitte um Gift, wolle sich die Arterien aufbeissen, verlange nach Messer und Scheere um sich umzubringen, vom 30. VII. Patientin äussere, Gott wolle, dass sie sich verbrenne. (Patientin war schon bei einem früheren Anstaltsaufenthalt, im Jahr 76 suicidgefährlich, weshalb sie beständig überwacht werden musste. Trotzdem sei es ihr damals gelungen ihre Kleider anzuzünden, wodurch sie erhebliche Brandwunden sich zuzog;

2. bei einer im August 88 aufgenommenen Frau (Nr. 5013), an Angstmelancholie mit intensivem Versündigungswahn leidend. Die Krankengeschichte theilt folgende für uns wichtige Daten mit: Am 29. XI. 88, als die Privatwärterin der

Patientin das Tischgeschirr aufräumte, nahm die Kranke plötzlich ein Messer und wollte sich eben anschicken die Kehle zu durchschneiden, konnte aber noch rechtzeitig entwaffnet werden. Am 30. November suchte sie der schlafenden Wärterin in der Nacht eine Haarnadel zu nehmen. A. V. wachte sofort auf in Folge der gegebenen Suggestion und brachte sie zu Bett. Patientin erklärte sie werde schon noch eine erwischen. „Die Ueberwachung", heisst es wörtlich, „für die Nacht geschah während der ganzen Zeit durch eine hypnotisirte Wärterin, die ununterbrochen diesen Dienst versah. Tags that sie ihren vollen Dienst auf einer anderen Abtheilung. Es wurde ihr die Suggestion gegeben, sie werde Nachts beim leisesten verdächtigen Geräusch wach und sobald Patientin wieder ruhig schlafe, selbst wieder einschlafen. Wir sind mit dieser Art der Bewachung, die nun seit vier Monaten dauert, ausserordentlich zufrieden und fügen hinzu, dass die betreffende Wärterin diesen scheinbar überanstrengenden Dienst ohne jeglichen Nachtheil geleistet hat und sich demselben stets gerne unterzieht, indem sie auf die Suggestion hin vorzüglich schläft, trotzdem sie die Kranke im Schlaf genau überwacht."

3. bei einer im März 92 aufgenommenen Melancholica (Nr. 5621), welche in hohem Maasse suicidgefährlich war. Am 5. III. 92 suchte sie sich laut Journal beim Baden zu ertränken, am 10. III. an einem grossen Bissen zu verschlucken, nachher die Gardinenschnur ins Bett zu verstecken, Messer zu verstecken. Am 20. III. wollte sie sich im Bad wieder ertränken, suchte Kalkstücke von einer defecten Mauer zu verschlucken. Vom 23. III. heisst es in der Krankengeschichte, Patientin schlage Nachts den Kopf an die Wand, mache Geräusche als ob sie sich mit dem Leintuch würge. Wärterin A. V. schlafe neben ihr. Vom 24. III. wird wieder ein Erstickungsversuch gemeldet. Vom 29. III. berichtet das Journal: Heut Nacht erwacht Wärterin A. V. durch ein höchst eigenthümliches Geräusch, macht Licht und findet Patientin mit Bettzeug im Mund, schon cyanotisch, röchelnd. Am 4. IV. wurde wieder ein Erstickungsversuch durch die Wärterin vereitelt. Am 7. IV. sagt das Krankenjournal, fast jeden Tag seien Erstickungsversuche vorgekommen, weshalb ständige Ueberwachung bei Tag und Nacht angeordnet worden sei. Nachts schlafe Wärterin A. V. mit entsprechender Suggestion bei der Kranken;

4. bei einer im März 89 aufgenommenen Maniaca (Nr. 4899), welche zahlreiche Suicidversuche anstellte durch Würgen mit Strumpfbändern, durch Aufhängen und indem sie sich den Kopf einzurennen suchte;

5. bei Patientin Nr. 5401 (siehe bei Wärterin A. F.);

6. bei einer im August 92 aufgenommenen Maniaca (Nr. 5759), eingeliefert als gefährlich für sich und ihre Umgebung. In der Anstalt zeigte sie colossale maniacalische Aufregung; so heisst es im Journalbericht vom 27. VIII.: Patientin ist fast ununterbrochen erregt und total verwirrt, vom 16. IX., sie sei tags häufig im Bad und Nachts in der Zelle, schimpfe, trommle an die Zellenthüre und sei gewaltthätig. Am 25. I. 93 wurde bei Patientin ein Tumor in abdomine entdeckt, der den Verdacht auf Gravidität erweckte; am 15. II. wurde Gravidität im 6. oder 7. Monat mit Sicherheit constatirt. Am 13. III. berichtet die Krankengeschichte, wegen der Gravidität werde immer ein Bett in der Zelle gehalten; heut sei Patientin mit einer Sonderwärterin isolirt worden; diese schlafe im Corridor vor der Thüre. Am 18. IV. heisst es wieder, Patientin sei zerstörungslustig, unrein und gewaltig lärmend. Am 6. V. 93 berichtet das Journal, Nachts

elf Uhr sei Wärterin plötzlich wach geworden, ins Zimmer geeilt. Die Geburt sei alsdann vor sich gegangen (siehe unten!);

7. bei einer im September 88 aufgenommenen Wahnsinnigen (Nr. 4785), welche stark lärmte und gewaltthätig war. Am 6. IX. heisst es, sie wäre in einer Zelle, vor deren Thüre die Wärterin A. V. schlief, Nachts isolirt gewesen. Als diese um elf Uhr Lärm hörte als wenn Patientin mit dem Kopf gegen die Wand stosse, sei sie unvorsichtigerweise allein eingetreten und dabei überfallen worden und hätte sich erst nach langem Kampf befreien können.

Ueber die Erfahrungen befragt, die A. V. als hypnotisirte Wärterin auf ihren vielen Nachtwachen gemacht, machte sie mir folgende Mittheilungen:

Patientin Nr. 4749, sei oft unruhig gewesen, häufig habe sie versucht aufzustehen, sei aber stets von ihr daran verhindert worden.

Patientin Nr. 5013 habe ebenfalls Nachts oft das Bett verlassen wollen, wobei Wärterin immer glaubt erwacht zu sein. Einmal wachte sie auf als jene eben das Bett verlassen hatte und sich beeilte sich an einer Gardinenschnur anfzuknüpfen. Wie ich erfuhr, fragte Patientin nach ihrer Entlassung einen Anstaltsarzt, wie auch das gekommen sei, dass ihre Wärterin, die doch sonst gut geschlafen habe, immer aufgewacht sei, wenn sie sich nur gerührt hätte. Sie könne sich das nicht erklären.

Ueber Patientin Nr. 5621 theilt sie Nachstehendes mit: Patientin war sehr selbstgefährlich. Eine Privatwärterin vermochte am Tag sich kaum zu erwehren, so oft suchte sich die Kranke etwas anzuthun. Kaum hätte sich die Wärterin abgewandt, habe die Patientin die Gelegenheit benutzt. Einmal hätte sie sich mit Brot fast zu ersticken vermocht, ein andermal mit einem Taschentuch. A. V. habe 2 ½ Monate lang bei ihr geschlafen und sei längere Zeit jede Nacht öfter aufgewacht um die Kranke am Verlassen des Bettes zu verhindern. Häufig hätte diese Nachts sich den Hals mit dem Leintuch zusammenzuschnüren gesucht. Einmal wusste Patientin unvermerkt am Abend einen Knopf vom Divan zu lösen. In der Nacht sei dann A. V. plötzlich erwacht und eben noch recht gekommen, ihr den Knopf aus dem Mund zu reissen.

Bei Patientin Nr. 4899 schlief A. V. vor der Zellenthüre. Patientin hätte gedroht sich die Adern aufzubeissen. A. V. sei nie erwacht und nie hätte sich die Kranke in jener Zeit etwas Schlimmes zugefügt.

Patientin Nr. 5401 habe sich früher öfter umbringen wollen und soll später ausserhalb der Anstalt den gesuchten Tod gefunden haben (bestätigt). In der Zeit, in welcher A. V. bei ihr Wache hielt, passirte folgendes Ereigniss. Wie A. V. eines Abends vor dem Schlafengehen ihr Bett in Ordnung stellte, sagte Patientin, das ihrige werde sie selbst besorgen. In der betreffenden Nacht wachte A. V. auf, merkte, dass Patientin am Bett herumnestelte und fragte nach der Bedeutung. Es sei nichts, sie dürfe getrost schlafen, war die Antwort der Patientin. Als diese ruhig wurde, schlief A. V. wieder ein. Nach einer Weile wiederholte sich derselbe Auftritt und so zum dritten Male. Am Morgen, wie eine Wärterin das Bett der Kranken bestellte, fiel ein Gegenstand zu Boden. Es war ein Tischmesser. Patientin stürzte sich darauf; die beteffende Wärterin und eine ihr zu Hülfe eilende Mitwärterin (A. F., welche mir den Fall ebenfalls erzählte) konnten es ihr entreissen. Die Wärterin, welche am Abend die Messer zu entfernen hatte, hatte vergessen diese nachzuzählen. Patientin hatte eins behalten und am Abend wie die Wärterin A. V. sich am eigenen Bett beschäftigte, das Instrument in das

ihrige verborgen. Sie gab dann an, das nächtliche Geräusch sei daher gekommen, dass sie das Messer suchte um sich den Hals zu durchschneiden, leider sei sie am weiteren Suchen jeweils durch das Aufwachen der Wärterin verhindert worden. Der Fall, von dem die Krankengeschichte nichts erwähnt, wurde von den betheiligten Wärterinnen aus Rücksicht für die, welche das Zählen der Messer versäumt hatte, geheim gehalten, konnte aber nunmehr durch die Nachforschungen der Oberwärterin noch bestätigt werden.

Was mir die Wärterin über Patientin Nr. 5401 erzählte, war eine Bestätigung und theilweise Vervollständigung des Falles, den Forel in seinem Lehrbuch „Der Hypnotismus" mittheilt auf Seite 60 und 61, als eine Illustration für die Sicherheit der Ueberwachungsmethode durch hypnotisirte Wartpersonen. Es heisst daselbst: „Frau M. S. wurde am 25. VIII. 92, an hochgradiger, total verwirrter Manie leidend, als Patientin in die Anstalt Burghölzli aufgenommen. Sie hatte 14 Kinder gehabt, wovon 11 noch am Leben, stets sehr leichte Sturzgeburten, die nie länger als eine Viertelstunde dauerten. Die Manie wurde chronisch und Frau S. so brutal und gewaltthätig, dass sie Nachts nur in der Zelle schlafen konnte. Dabei blieb sie so total verwirrt, dass sie absolut Niemanden kannte. Erst im Januar 93 merkte man, dass sie schwanger war. Diese Gravidität machte mir Sorgen. Einerseits liess die Brutalität der Kranken keine Möglichkeit zu, eine Wärterin des Nachts zu ihr zu thun, andererseits musste ich eine unbemerkte nächtliche Geburt mit Tod des Kindes befürchten. Der Zeitpunkt der Geburt war natürlich ganz unsicher. Am 13. III. ersann ich nun folgende Einrichtung: Ich legte die Kranke in ein Zimmer mit vergittertem Fenster allein zu Bett. Die beste Somnambule unter den Wärterinnen wurde in ein Bett, im Gang vor der Thüre der Kranken, gelegt und erhielt von mir folgende Suggestion: Sie werden jede Nacht ausgezeichnet schlafen, sehr fest und gut und den gewöhnlichen Lärm der Frau S. gar nicht hören. Sobald jedoch bei derselben Nachts die Geburt beginnt, werden Sie es durch die Thüre hindurch merken und werden sofort wach. An was sie es merken werden, weiss ich nicht; vielleicht wird die Kranke etwas ruhiger (was sie aber sonst dazwischen auch ist) oder sie wird etwas winseln; kurz ich weiss es nicht, aber merken werden Sie's. Sie werden sofort aufstehen, bei der Kranken nachsehen, zur Oberwärterin eilen und dann den Arzt sofort rufen lassen. Diese Suggestion gab ich ihr ein oder zwei Mal bestimmt und von da an schlief die Wärterin im Gang vor der Thüre der Frau S. Letztere blieb colossal aufgeregt, unrein und verwirrt, alles demolirend und zerreissend. Der Secundararzt schüttelte den Kopf über meine Vorkehrung; die Wärterin schlief ausgezeichnet und wurde nie wach. Am 6. V. Abends 8 Uhr untersuchte der Secundararzt die Kranke, fand keine Anzeichen von Beginn der Geburt und sagte zur Wärterin, es könne noch eine Zeit lang gehen. Um 9 Uhr spätestens war Alles zu Bett gegangen und schlief mit Ausnahme der immer lärmenden Frau S. Nachts 11 Uhr wurde die Wärterin plötzlich wach (sie war in den vorhergegangenen Tagen und Wochen nie erwacht und war nie bei der Oberwärterin gewesen), ging ins Zimmer, sah zwar nicht viel an Frau S., lief aber sofort zur Oberwärterin, sagte ihr, es gehe jetzt gewiss los, worauf beide sich wieder zu Frau S. begaben. Die Oberwärterin glaubte nicht recht an den Beginn der Geburt, weil sie nichts Besonderes sah und weil die Kranke herumging. Abgelaufenes Fruchtwasser wurde für Unreinlichkeit mit Urin gehalten; doch wurde der Arzt sogleich geholt, der

gerade noch recht kam, um den Kopf des Kindes in Empfang zu nehmen. Als ich kam, konnte ich noch die Nachgeburt holen, wobei ich von Seiten der Kranken mit Fluchen, Faustschlägen und Fusstritten tractirt wurde. Die Wärterin gab an, sie sei plötzlich erwacht, ohne zu wissen warum; Frau S. sei dann vielleicht eher etwas ruhiger gewesen als sonst, jammernd wie schon oft. Uebereinstimmend sagten sie und die Oberwärterin aus, das Schimpfen, Schreien, Weinen und Fluchen der Kranken habe sich von ihrem gewöhnlichen Lärmen kaum unterschieden. Doch muss irgend eine ungewöhnliche Gehörswahrnehmung der Somnambule sie geweckt und an die Suggestion erinnert haben.“ Bei meiner Einvernahme hob Wärterin noch folgende für die psychologische Beurtheilung der Suggestionswirkung wesentliche Punkte hervor. Schon seit 14 Tagen vor dem Eintreten der Geburt seien für das Ereigniss alle Abende Vorbereitungen getroffen worden. Sublimat war in Bereitschaft gestellt, Kindswäsche etc. Am Abend vor der Geburt kam A. V. von einem längeren Ausgang (es war ein regnerischer trüber Tag) ermüdet heim. Wie sie ihr gewohntes Lager vor der Zelle der Kranken bezog, fiel es ihr auf, dass ausnahmsweise die Zurüstungen für eine eventuelle Geburt nicht getroffen waren. Sie erkundigte sich über den Grund bei der Oberwärterin und erhielt zur Antwort, der Herr Doctor M. (damaliger Secundararzt) hätte die Patientin am Abend untersucht und gesagt, die Geburt könne noch acht Tage auf sich warten lassen, die Wärterin dürfe ruhig schlafen. Wärterin wusste, dass der Secundararzt der Sicherheit der Ueberwachung durch eine hypnotisirte Wärterin gegenüber zweifelnd sich verhielt und namentlich für den vorliegenden Fall, wo bei einem Misslingen zwei Menschenleben gefährdet waren, ernstliche Besorgniss äusserte. Die Nachricht die Geburt werde diese Nacht höchst wahrscheinlich nicht eintreten, kam ihr um so angenehmer als sie sich recht müde fühlte. Trotzdem Patientin in der Zelle Skandal machte, fiel A. V. bald in tiefen Schlaf. Nachts nach 11 Uhr erwachte sie urplötzlich mit dem festen Gedanken: jetzt muss die Geburt losgehen. Sie stand auf und öffnete die Zellenthüre. Sie erhielt eine Ohrfeige von der Kranken, welche umherging und ihr zurief: „Du hast hier nichts zu thun.“ Von abgegangenem Fruchtwasser war nichts zu entdecken. „Ja, du musst dich doch getäuscht haben“, hätte sie sich gesagt, „der Arzt hat ja auch erklärt, diese Nacht sei nichts zu erwarten, du wirst dich blamiren, wenn du Allarm schlägst.“ Sie legte sich wieder ins Bett und versuchte zu schlafen. Aber keinen Augenblick hätte sie Ruhe gehabt, es sei ihr geworden, wie wenn sie im Moment wieder hypnotisirt würde, wie wenn man sie aus dem Bett herauszöge. Beschreiben lasse sich das nicht. Jetzt sei sie fest überzeugt gewesen, dass sie die Oberwärterin rufen müsse. Wie diese gekommen, sei Patientin noch immer lärmend umhergegangen, so dass die Oberwärterin den Arzt nicht rufen wollte, sich ebenfalls auf dessen Aussage stützend. Die Wärterin liess sich nicht beschwichtigen; bis jetzt habe sie trotz allen Lärms stets geschlafen; jetzt sei sie das erste Mal erwacht mit der Ueberzeugung die Geburt werde kommen; sie lasse sichs nicht nehmen. Es ist noch zu bemerken, dass die Oberwärterin selbst eine fast übertrieben gewissenhafte Person ist, die sicher keinen Augenblick gezögert hätte den Arzt zu rufen, wenn sie die geringste Beobachtung von einer bevorstehenden Geburt gemacht hätte. Wehrufe waren während der ganzen Geburt nicht gehört worden. Patientin fluchte nur und schimpfte wie vorher.

Ueber Patientin Nr. 4785 theilt Wärterin mit, jene wäre wegen Spektakels

isolirt gewesen. A. V. schlief vor ihrer Zelle. Die Patientin hätte öfter versucht sich den Schädel einzurennen. A. V. erhielt die Suggestion, sie erwache sowie Patientin mit dem Kopf an die Wand schlage. Dann sollte sie eine zweiten Wärterin rufen und alsdann mit dieser in die Zelle eilen. In einer Nacht wachte sie plötzlich durch einen dumpfen Ton auf, hörte die Kranke lärmen und öffnete ohne Weiteres die Zellenthür. Die Patientin überfiel und misshandelte sie. Erst nach langem Kampf konnte A. V. entrinnen. Ihre Hülferufe waren wegen des Spektakels, den man gewohnt war zu vernehmen, nicht als solche gedeutet worden. Nach diesem Ereigniss fand A. V. vor Aufregung und Schmerzen für jene Nacht allerdings keinen Schlaf mehr. Die Kranke zeigte am Morgen am Schädel eine Beule, die Abends noch nicht vorhanden gewesen. A. V. meint die Beule sei entstanden beim Anschlagen des Schädels, wodurch die Kranke die Wärterin geweckt hatte.

Wie Wärterin vom Burghölzli nach K. übergesiedelt war, habe sie ein Vierteljahr lang wegen Schlaflosigkeit stark gelitten, so dass sie oft den Wunsch hegte ins Burghölzli zu kommen, um sich den verlorenen Schlaf wieder ansuggeriren zu lassen.

15. Wärter B. (jetzt Wärter in der Pfleganstalt R.) wurde hypnotisirt, weil er sich beklagte, bei grösserem Lärm schlaflos zu sein. Auf der Zellenabtheilung hätte er wegen Spektakel mehrere Nächte gar keinen Schlaf finden können. Hypnotisch sei er gut beeinflussbar. Schon nach der zweiten Sitzung hätte sich der Nachtschlaf gebessert und sei von da ab immer sehr gut gewesen. Dagegen habe B. nach den ersten Sitzungen jeweilen Kopfweh bekommen, welches indes auf eine diesbezügliche Suggestion hin wegblieb. Wärter weiss nicht, dass er zur Bewachung eines einzelnen Patienten eine Suggestion erhalten hätte; auch in der Anstalt ist darüber nichts bekannt. Dagegen hätte er öfter als hypnotisirter Wächter auf der Beobachtungsabtheilung geschlafen und glaubt seit der Suggestion nie ein der Beachtung würdiges Geräusch überhört zu haben; auch habe er nach einer nächtlichen Störung sofort wieder schlafen können mit Ausnahme eines einzigen Males. Wärter wurde in diesem Falle mitten in der Nacht durch einen Lärm aufgeweckt, der von einer Zelle herrührte, die weit ab von seinem Schlafraum lag. Er begab sich sofort an Ort und Stelle, fand den Patienten (Nr. 5516) höchst erregt, wie er Scheiben zerschlagen und dabei sich stark verletzt hatte. Durch den Anblick des stark blutenden Kranken aufgeregt, fand Wärter damals lange keinen Schlaf mehr. Die Krankengeschichte erwähnt von dem betreffenden Patienten, der an Verrücktheit litt, dass er sich sehr aggressiv und zu Gewaltthaten geneigt zeigte, dass er in der Nacht vom 15./16. III. 92 (das ist innerhalb der Zeit, in die Wärter das Ereigniss verlegt) deshalb isolirt worden und das Drahtgitter des Fensters heruntergerissen habe.

16. Wärter Sch. (nicht mehr in der Anstalt) soll, bevor er zur Krankenwacht hypnotisirt worden, fest geschlafen haben. Oft hätte er Geräusche Nachts überhört. Als hypnotisirter Wärter habe er bei den folgenden Patienten geschlafen:

1. bei Patient Nr. 5516 (bei Wärter B. schon erwähnt), aufgenommen im August 91, äusserte den Wunsch zu sterben, hielt sich für einen Gottessohn, der sich opfern müsse;

2. bei einem im Sept. 90 aufgenommenen Paralytiker (Nr. 5281), der vor der Aufnahme Selbstmordgedanken äusserte. In der Nacht vom 19./20. Sept. 90 wurde der Wärter aufgeweckt durch Stöhnen von Seiten des Patienten. Der gerufene Arzt constatirte, dass es sich um einen paralytischen Anfall gehandelt hatte;

3. bei einem im Mai 91 aufgenommenen Paralytiker (Nr. 5449). Vom 15. Sept. berichtet dessen Krankenjournal, wegen Selbstgefährlichkeit werde Patient unter die Aufsicht eines Privatwärters gestellt, Patient reisse sich die Haare aus, werfe sich auf den Boden, schlage die Stirne an die Wand,

4. bei einem an Paralyse leidenden Kranken (Nr. 4632), aufgenommen im März 88. Es heisst im Journal vom 3. Sept.: „Als heute Morgen der Wärter Sch., der circa 10 Minuten vor 6 Uhr hinausgegangen war, um Wäsche zu holen, wieder ins Zimmer trat, fand er den Patienten ohne Hemd auf dem Boden liegend. Er hatte den Divan mit einem Ende auf 2 Stühle gestellt und lag so, dass mit einem Ruck an diesen der Divan auf den Kopf des Kranken fallen sollte“,

5. bei einem Alcoholdeliranten (Nr. 5493), der vor der Aufnahme Suicidgedanken äusserte,

6. bei einem Morphinisten und Cocainisten (Nr. 6565), der vor der Aufnahme (Nov. 91) in einem hiesigen Hotel einen Vergiftungsversuch gemacht hatte.

Sch. erinnert sich namentlich lebhaft des Patienten Nr. 4632; dieser sei Nachts sehr oft ausserhalb des Bettes gewesen, aber wie Wärter glaubt annehmen zu dürfen, nie, ohne von ihm beobachtet worden zu sein. Sch. glaubt überhaupt, seit er zur Wacht hypnotisirt worden, wäre ihm kein Geräusch entgangen, das er hätte hören sollen. Im Wachsaal hätte er in der Hälfte der Nacht, in der der Mitwärter wachte, schlafen können. Merkte er auf seiner Krankenwacht beim Aufwachen nach einem Geräusch, dass nichts Wichtiges vorfalle, so hätte er alsbald wieder geschlafen, aber oft nur so tief, dass er den Lärm längere Zeit habe controlliren können. Wärter kam vom Burghölzli in gleicher Stellung nach S. und von dort nach Sch. Er soll an beiden Orten Geräusche viel besser gehört haben als die nicht hypnotisirten Collegen jener Anstalten. Diese hätten es nicht begreifen wollen, wie Wärter Sch. oft bei Geräuschen aufwachte, von denen sie nichts gehört hatten.

Seit Sch. sich wieder ausserhalb der Anstalten beschäftigt (er ist in seinem Beruf den ganzen Tag im Freien), habe er Nachts wieder so festen Schlaf, dass selbst das Kindergeschrei ihn nicht daraus aufzurütteln vermöge.

17. Wärter Gl. (zur Zeit nicht mehr im Anstaltsdienst) sagt, er hätte sehr fest geschlafen, ehe er zum Krankenwachtdienst hypnotisirt worden. Als hypnotisirter Wärter schlief er

1. bei einem im December 95 aufgenommenen Paranoiker (Nr. 6532), der der Unzucht an seiner Tochter beschuldigt in die Strafanstalt, von dort wegen Verfolgungsideen in die Anstalt R. und von hier wegen Selbstgefährlichkeit ins Burghölzli geliefert wurde. Vom 10. Jan. 96 berichtet das Krankenjournal, Patient äussere von Gott den Befehl zu haben, sich umzubringen; Patient werde deshalb andauernd überwacht. Vom 27. Juli heisst es, Patient schlafe im Zimmer des Wärters Gl., der zu diesem Zweck hypnotisirt sei, da Patient immer noch als selbstgefährlich gelte,

2. bei einem an seniler Demenz leidenden Herrn (Nr. 6559), der laut Anamnese vor der Verbringung in die Anstalt äusserte, er wolle in den See. Die Krankengeschichte berichtet vom 16. März 96, Patient bitte um ein Messer und um einen Strick, um sich umzubringen, vom 18. März, er suche sich die Bettdecke um den Hals zu wickeln,

3. bei einem Morphinisten, der zu wiederholten Malen in der Anstalt war. Am 18. December 96 soll er, während der Wärter für einen Augenblick ausserhalb des Zimmers war, sich ein Radirmesser aus seinem Malkasten einige Male in die

Brust gestossen, am 21. December den Kopf an die Wand geschlagen haben. Am 23. December schnitt er sich mit einem listig entwendeten Dessertmesser in den Hals. Seitdem wurde er beständig von zwei Wärtern bewacht. Am 27. December suchte er sich die Zunge abzubeissen. Am 2. Januar 97 rannte er Nachts plötzlich aus dem Bett und schoss mit dem Kopf mit grosser Gewalt an den Ofen.

Gl. erinnert sich namentlich lebhaft des letzten der genannten Patienten. Er sei sehr oft aufgewacht, da Patient oft das Bett verlassen hatte. Einen Selbstmordversuch habe er in der Nacht bei ihm nicht beobachtet, sei aber stets in grosser Sorge gewesen und hätte deshalb nach einer nächtlichen Störung zuweilen lang keinen Schlaf gefunden. Wärter Gl. macht entschieden etwas nervösen Eindruck. Er glaubt bei keinem der ihm anvertrauten Kranken Nachts irgend ein Geräusch überhört zu haben. Im Wachsaal schlief er zur Zeit, in der sein Commilitone zu wachen hat, trotz des Lärms ruhig fort.

18. Wärter H. soll, bevor er zur Krankenwacht hypnotisirt wurde, tiefen Schlaf gehabt haben und wenn er einmal im Schlaf gestört worden sei, oft längere Zeit wachgeblieben sein. Er giebt an, leicht hypnotisirbar zu sein. Als hypnotisirter Wärter schlief er

1. bei einem an Hypochondrie leidenden Mann (Nr. 7020), aufgenommen im November 97, welcher im Glauben, impotent zu sein und an einem Hirngewächs zu leiden, laut Anamnese Suicidgedanken hegte. Vom 15. November 97 erwähnt das Journal, Patient schlafe bei einem hypnotisirten Wärter; er wünsche vom Arzt ein rasch tödtendes Pulver,

2. bei einem im October 97 aufgenommenen Paranoiakranken (Nr. 7004), welcher öfter um Gift bat und flehte, man möchte ihm eine Ader öffnen. Am 29. October zeigte er Bisswunden an den Handgelenken, „er wolle sein Blut für Andere opfern“,

3. bei einem an Somnambulismus leidenden Herrn, nicht sowohl wegen Suicidgefährlichkeit, denn als sonstiger Krankenwärter, während Patient an Pneumonie darniederlag,

4. bei einem wahrscheinlich an Paralyse leidenden jungen Mann (Nr. 6574), aufgenommen im Februar 96, welcher schon vor drei Jahren in die Glatt (Fluss im Canton Zürich) gesprungen sei und acht Tage vor der Aufnahme sich hätte hängen wollen. Am 26. Januar 97 knüpfte sich Patient in einem unbewachten Augenblick im Abtritt auf, konnte aber noch heruntergeholt und wieder zum Bewusstsein gebracht werden,

5. bei einem in Folge eines Schädeltraumas Geisteskranken, der vorübergehend eine Aufregung durchmachte, sonst aber keine selbstgefährlichen Züge zeigte,

6. bei Patient Nr. 6532 (siehe bei Wärter Gl.),

7. bei einem im Mai 97 aufgenommenen Paranoiakranken (Nr. 6898), eingeliefert vom Untersuchungsgefängniss, wohin er wegen Mord verbracht worden. Laut Journal wollte sich der Kranke in der Nacht vom 9. auf den 10. September, bevor er vom Schwurgericht abgeurtheilt wurde, erdrosseln, steckte sich ein Taschentuch in den Mund, band sich eins ums Gesicht und wollte sich mit einem Hosenträger den Hals zuschnüren. Am 19. September berichtet die Krankengeschichte, Patient habe einen Unterhosenbendel unterschlagen und verschiedene Schnurreste aufgelesen und verborgen, sei überhaupt den ganzen Tag eigenthümlich verstimmt

gewesen und habe beim Auskleiden immer eine Hand geballt gehalten, wird deshalb wieder als selbstmordverdächtig betrachtet,

8. bei einem Patienten, dessen Diagnose lautete: Melancholie auf psychopathischer Grundlage mit Verfolgungswahn, durch Trunksucht modificirt. Laut Arztbericht hätte Patient vor der Aufnahme Suicidversuche unternommen. Er wurde laut Journal von einem hypnotisirten Wärter bewacht.

Wärter H. glaubt seit der Hypnose keine Geräusche überhört zu haben. Er merke es, wenn Jemand sich im Bett blos drehe; er hört auch im Wachsaal in der Hälfte der Nacht, in der der Mitwärter wacht, alle Geräusche. Besonderes sei bei ihm auf seinen Nachtwachen nicht passirt, ausser dass Patient Nr. 7020 einmal Nachts plötzlich aus dem Bett gegen das Fenster gesprungen, von ihm aber, da er sofort aufgewacht sei, aufgefangen und wieder zu Bett gebracht worden sei.

19. Wärter A. bemerkt, er hätte nie tiefen Schlaf gehabt. Nur ausnahmsweise wäre ihm ein Geräusch entgangen, wodurch seine Mitschläfer geweckt wurden, dagegen sei er oft aufgewacht bei Geräuschen, bei denen seine Kameraden ungestört weiterschliefen. Als hypnotisirter Wächter schlief A.

1. bei Patient Nr. 6898 (siehe bei Wärter H.),

2. bei Patient Nr. 6574 (siehe bei Wärter H.),

3. bei einem im Juli 97 aufgenommenen senil Dementen (Nr. 6928), welcher vor der Aufnahme Lebensüberdruss äusserte, bat, man möchte ihm Gift geben oder ihn todtschiessen. Am Morgen des Aufnahmetages konnte ein Erhängungsversuch zu Hause nur durch das rechtzeitige Dazwischentreten der Tochter vereitelt werden,

4. bei einem im Juni 97 aufgenommenen Paralytiker (Nr. 6906). Das Krankenjournal berichtet vom 23. October 97, Patient sei Nachts plötzlich aufgestanden. zum Ofen gegangen und habe mit dem Kopf daran geschlagen. Vom 27. October berichtet die Krankengeschichte weiter, Patient wollte sich im Unterhaltungssaal den Kopf am Boden einschlagen, weil ihm Alles verleidet sei; vom 28. October heisst es: Der Kranke sprang um 2 Uhr Nachts aus dem Bett und schoss mit dem Kopf gegen den Ofen, wiederholte dies in jener Nacht öfter, konnte aber stets verhindert werden, sich zu schädigen.

Von seinen Nachtwachen erzählt A. folgendes für uns interessantes Erlebniss. Er hatte eine Zeit lang mit einem Mitwärter F. die Nacht im Wachsaal zu verbringen, wo der Paranoiakranke Nr. 6898 einige Zeit schlief. Nun traf es sich, dass in der ersten Hälfte der Nacht vom 9. auf den 10. September 97 Wärter A. schlafen durfte, während der Mitwärter F. Wache zu halten hatte. Plötzlich erwachte Wärter A. durch ein so geringfügiges Geräusch des Patienten, dass F., der mit der Abfassung eines Briefes beschäftigt war, dasselbe gar nicht beachtete. A. ersuchte F. nach der Ursache des Geräusches rasch nachzusehen. Dieser fand den Kranken in seine Decken vergraben, den Mund mit einem Taschentuche verstopft, mit einem anderen zugebunden, wie er sich mit einem Hosenträger den Hals zugeschnürt hatte und nur noch leise röchelnd athmete. Patient ergab sich ohne Widerstand, als man ihn freimachte, mit den Worten: „Warum habt Ihr mich nicht sterben lassen? Jetzt wär's vorbei."

A. giebt an, er hätte nie erst am Morgen eine Entdeckung gemacht, wonach ein Patient Nachts unvermerkt etwas der Beachtung Würdiges unternommen hätte. Nach einer nächtlichen Störung schlafe er stets rasch wieder ein. —

Die Begebenheit mit Patient Nr. 6898 regte in mir den Gedanken an, es

möchte die Bewachung von Seiten eines guten Somnambulen überhaupt sicherer sein als die von Seiten eines Wachwärters, insofern dieser, was ja sehr leicht vorkommt, nicht ganz munter ist oder sich in eine Beschäftigung vertieft. Allerdings möchte ich aus dieser einen Begebenheit nicht zu viel schliessen, und zwar um so weniger, als Wärter A. auch vor der Hypnose selten Geräusche überhört zu haben behauptet. Der Fall zeigt aber, dass die Sicherheit der Ueberwachung bei einem Wachwärter keine derartig vollkommene ist, wie man allzu leicht sich zu denken geneigt ist.

Wie unsere Zusammenstellung zeigt, sind die Resultate, die mit der Hypnose bei den Nachtwachen erzielt worden, durchaus befriedigende. Fast sämmtliche einvernommene Wartpersonen erklärten, bevor sie für den Nachtwachedienst hypnotisirt worden seien, festen Schlaf gehabt und nächtliche Geräusche zuweilen überhört zu haben. Sämmtliche glauben, seit sie eine Suggestion erhalten hatten, kein wichtiges Geräusch zu verschlafen, dieser insofern vollkommen entsprochen zu haben, dass ihnen seither kein beachtenswerthes Geräusch entgangen wäre. Weder der Direction noch den Aufsichtsorganen ist auch nur ein einziger Fall bekannt, wo die Suggestion zum Nachtheil der Patienten im Stiche gelassen hätte. Diejenigen Wartpersonen, welche hypnotisirt worden waren, auf der Abtheilung der Unruhigen trotz des Lärms zu schlafen, reagirten prompt auf die Suggestion. Mit Ausnahme von zwei Wartpersonen erklärten alle nach einer nächtlichen Störung sofort wieder Schlaf gefunden zu haben, trotzdem sie sich bewusst waren bei zum Theil sehr selbstgefährlichen Kranken zu sein. Fast die Hälfte der Wartpersonen erklärten sogar ausdrücklich, im Vertrauen auf die zuverlässige Wirkung der Hypnose, rascher wieder zu schlafen als zur Zeit, da sie in nicht hypnotisirtem Zustand bei Ungefährlichen schliefen. Die 2 Personen, bei welchen die Suggestion, rasch wieder einschlafen zu können, unwirksam blieb, erklärten Beide, bei Selbstgefährlichen sehr ängstlich gewesen zu sein.

Bei keiner der einvernommenen Wartpersonen hörte ich auch nur die geringste Klage, dass sie in Folge dieses Nachtdienstes Morgens weniger munter an die Tagesarbeit gehen als ehedem.

Es möchte mir vielleicht entgegengehalten werden, auch nicht hypnotisirte gewissenhafte Menschen würden, insofern sie nicht sehr ermüdet wären, bei Selbstgefährlichen im Bewusstsein ihrer Verantwortung keine Geräusche überhören. Ich gebe die Möglichkeit zu; aber diese Menschen würden sich alsdann anders benehmen als wie unsere Hypnotisirten. Sie würden, solang sie nicht erschöpft wären, überhaupt sehr schlecht schlafen, in Aufregung gehalten durch den Gedanken, es

möchte ihnen ein Suicidversuch entgehen; unsere Hypnotisirten dagegen schlafen getrost; jene würden nach einem Tentamen suicidii von Seiten eines Kranken für den Rest der Nacht keinen Schlaf mehr finden; diese aber schlafen ruhig wieder ein.

Dass die Reaction der einzelnen Personen auf die gegebene Suggestion nicht in allen Stücken gleich ausfalle, war vorauszusehen. Nicht exact gehorcht haben der Suggestion viele darin, dass sie entgegen derselben auch bei harmlosen Geräuschen von Seiten ihrer Schutzbefohlenen erwachen; mehrere erwachen sogar für Augenblicke auf Geräusche, wenn sie jeglichen Gedankens, etwas Wichtiges zu verschlafen, enthoben sind. Sie gehen also in ihrer Wachsamkeit über das von der Suggestion verlangte Maass autosuggerirend hinaus, und das Gehirn, einmal für ein promptes Erwachen auf Geräusche von Seiten Gefährlicher eingedrillt, antwortet hinterher automatisch mit Erwachen auf Geräusche, wo es nicht nöthig wäre. Ein Nachtheil erwächst den betr. Wartpersonen aus ihrer Autosuggestion insofern nicht, als sie einen Patienten, der durch häufige Störung sie im Schlaf erheblich beeinträchtigt, auf eine Wachabtheilung oder eventuell in die Bewachung einer der Suggestion genauer gehorchenden Wartperson verbringen können.

Hier möchte ich zwei Versuche erzählen, bei denen ich es persönlich beobachten konnte, wie genau eine am Abend gegebene Suggestion in der Nacht auf ein bestimmtes Geräusch zu erwachen, befolgt wurde; es waren dabei störende Autosuggestionen möglichst ausgeschlossen. Die Experimente machte ich mit unserem Dienstmädchen E. G., das sich dazu willig anerbot.

Das Mädchen ist mir als eine in ihren Aussagen durchaus zuverlässige Person schon lang bekannt, desgleichen kannte ich ihre Suggestibilität, da ich ihr einige Male heftigen Zahnschmerz suggestiv augenblicklich zum Schweigen brachte. Ich hypnotisirte das Mädchen, konnte leicht Analgesie gegen Nadelstiche und Catalepsie erzeugen; Amnesie rief ich nicht hervor. Nun gab ich dem Mädchen, von dem ich weiss, dass es gewöhnlich sehr tief schläft, folgende Suggestion: „Sie werden, sowie sie ins Bett gehen, in tiefen Schlaf fallen und die ganze Nacht vortrefflich schlafen. Ich werde in dieser Nacht vielleicht einmal, vielleicht öfter, oder gar nicht, von aussen an der Thürklinke ein leises Geräusch machen. So wie Sie es hören, wachen Sie sofort auf, antworten mir und schlafen gleich wieder.“ Das Mädchen schlief in jener Nacht in einem Zimmer innerhalb unserer Wohnung, der Schlüssel stack von innen im Schloss; es konnte schlafen in der vollen Ueberzeugung durchaus geborgen zu sein. Gegen Mitternacht schritt ich leise zu der betreffenden Thüre, drückte behutsam die Klinke und entfernte mich wieder vorsichtig. Ich war nicht angerufen worden und hielt daher den Versuch für verfehlt.

Am Morgen fragte ich das Mädchen wie es denn geschlafen hätte. Es antwortete, es sei sofort, wie es ins Bett sich gelegt hätte, eingeschlafen, trotzdem es am Tag keinen strengen Dienst gehabt habe und an nicht gewohntem Orte schlief. Es sei in der Nacht ein einziges Mal aufgewacht; es wisse nicht wodurch, hätte dann geglaubt leise Tritte zu vernehmen, so dass es gemeint hätte, jetzt werde ich gewiss kommen, um an der Thürfalle das Geräusch zu machen. Es habe aber keines gehört und sei dann gleich wieder eingeschlafen. — Es liegt auf der Hand anzunehmen, dass das leise Geräusch, das ich an der Thüre erzeugte, das Mädchen geweckt hat und dass es mein Weggehen für mein Herkommen hielt. — Einwandsfreier war mein zweiter Versuch mit unserem Dienstmädchen. Ich gab ihm unter den gleichen Umständen die nämliche Suggestion mit folgender Modification: „Sie brauchen mich nicht anzurufen, wenn Sie ein Geräusch an der Thürfalle hören; aber Sie werden, sowie Sie in der Nacht aufwachen, gleichviel ob durch ein Geräusch oder nicht, sofort Licht machen, nach der Uhr sehen, die abgelesene Zeit auf einen Zettel schreiben und gleich, nachdem Sie das Licht gelöscht, wieder schlafen. Ich ging dann genau 25 Minuten vor 12 Uhr behutsam zur Thüre, machte ein leises Geräusch und entfernte mich stille. Am Morgen übergab mir das Mädchen den Zettel: es war nur einmal erwacht und zwar genau 25 Minuten vor 12 Uhr. Nun wollte es der Zufall, dass, nachdem das Dienstmädchen zu Bett gegangen, im Nachbarhaus, dicht am Zimmer, in dem das Mädchen schlief, noch gehämmert wurde. Das Mädchen giebt an, wie es sich zu Bett gelegt, sei es entsprechend der Suggestion sofort eingeschlafen und hätte vom Hämmern auch nicht eine Spur gehört.

Das Experiment stimmte also in allen Punkten überein mit den Erfahrungen der bessern Somnambulen auf ihren nächtlichen Krankenwachen.

Haben wir in unserer Schlussbetrachtung bis jetzt namentlich die Bedeutung der Hypnose für das Wartepersonal hervorgehoben, so müssen wir nun noch einige Worte der Bedeutung der Hypnose für die Anstalt und die Kranken widmen. Dass eine Anstalt weniger Arbeitskräfte bedarf, wenn die nämlichen ohne Nachtheil im Tag- und Nachtdienst beschäftigt werden können, braucht nicht discutirt zu werden. Wohl aber will der Fortschritt, den die Verwendung der Hypnose bei den Nachtwachen für die Krankenpflege bedeutet, noch besonders betont sein. Es kommt hier namentlich die Pflege stiller selbstgefährlicher Melancholiker in Betracht. Nach der bisherigen Art der Ueberwachung hatte man nur die Wahl, diese Kranken in den Wachsaal zu verlegen oder für sie für die Nacht besondere Wartpersonen anzustellen. Das Letztere ist zu kostspielig, das Erstere in therapeutischer Hinsicht verwerflich, da die Patienten wegen der im Wachsaal stets herrschenden Unruhe in dem für sie so nothwendigen Schlaf beeinträchtigt werden. Die Verwendung hypnotisirter Wärter macht es

möglich, die Verbringung dieser Kranken in den Wachsaal zu umgehen, ohne vermehrte Auslagen zu erheischen.

Zum Schlusse sei es mir noch gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Forel, für die Anregung zur vorstehenden Arbeit, für die gütige Ueberlassung des Materials und für sein Interesse während der Ausführung der Arbeit herzlichen Dank zu sagen.

Eine practische Suggestion à échéance.

Von

Dr. Ringier-Zürich.

Ich erlaube mir hier mit einigen Worten auf eine practische Suggestion à échéance aufmerksam zu machen, die sich mir seit längerer Zeit gut bewährt hat. Ich halte es überhaupt als nothwendig, dass wir Suggestionstherapeuten im Interesse der Sache, die wir vertreten, solche kleine practische Fragen besprechen, denn wenn sich auch unsere Disciplin mit jedem Jahre mehr Bahn bricht, so hat sie doch stets noch mit Vorurtheilen zu kämpfen, die allein nur durch sicheren Erfolg der Behandlung gebrochen werden; er nur ebnet uns die Bahn.

Ich habe mir seit längerer Zeit angewöhnt, den Patienten, seien sie geheilt oder auch nur gebessert, Suggestionen auf kommende Zeiten nach Hause oder in ihren Beruf mitzugeben, von der Erfahrung ausgehend, dass sie, wenn sie wieder heim oder in den Beruf zurückkehren, stets wieder in eine suggestiv ungünstig wirkende Umgebung gelangen. Es ist absolut unmöglich, die Angehörigen richtig zu instruiren, und wenn man glaubt, sie auf Alles aufmerksam gemacht zu haben, so verfallen sie aus alter Gewohnheit und aus dem Grunde, weil sich Familienglieder zu nahe stehen, in die alten Fehler und cultiviren von Neuem durch Worte, Geberde, Miene etc., kurz durch Suggestivfragen aller Art diese und jene wegsuggerirte, mit dem Leiden innig verflochten gewesene Association. Aber nicht nur die Verwandten sind es, sondern auch die Freunde, Bekannten u. s. w., ja die ganze lebende und leblose alte Umgebung, in welche der Patient von Neuem versetzt wird und welche stetig bestrebt ist, alte Erinnerungsbilder neu zu beleben. Da können dann unverhofft

Recidive kommen, deren Ursachen von den Angehörigen nie oder selten erkannt werden, denn das Verständniss dafür findet sich auch bei der intelligentesten Umgebung leider nur allzuwenig. Sie kommen um so eher, je unvorsichtiger der Patient die Behandlung zu schnell mit dem Verschwinden der hervorstechendsten Symptome verlassen hat, wie es unglücklicherweise so häufig der Fall ist. Ich habe mir daher angewöhnt, nie mehr auf die Versprechungen der Anverwandten zu bauen, wohl aber deren Gewohnheiten so viel als möglich kennen zu lernen, um mir dadurch Anhaltspunkte für die Suggestionen, welche ich den Patienten für die Zukunft mitgeben will, zu verschaffen. Wer sich damit abgiebt, wird gar bald eine Menge verkehrter Momente herausfinden, so dass es einen manchmal gar nicht wundert, wenn der Patient so recht in seinem Leiden grossgezogen worden ist. Alle Familienangehörigen verfallen mit der Zeit mehr oder weniger den oft recht egoistischen Forderungen ihrer Kranken, bis diese in ihrer Krankheit gehätschelt und von Allen schliesslich verhätschelt werden. Wenn es auch Ausnahmen giebt, so werden dieselben doch immer seltener, je länger die Krankheit gedauert hat und leider bekommen wir Suggestionstherapeuten die Fälle ja erst, wenn sie oft schon Jahre, ja Jahrzehnte lang eine solche Cultur durchgemacht haben. Um so mehr müssten wir auf diese Vorkommnisse unser Thun berechnen und vorbeugen für die Zukunft und das besonders für die allernächste, wo der Patient frisch von uns weg in die Familie, resp. seinen Beruf tritt; denn diese Zeit ist die allergefährlichste, weil während derselben der Wiederangekommene am meisten beobachtet und suggestiven Momenten am meisten ausgesetzt ist. Ist er über diese Klippen einmal eine gewisse Zeit glücklich weggekommen, so hat sich die Heilung unterdessen befestigt und er riskirt weniger mehr.

Bei Patienten, die während der Behandlung zu Hause sind, wird man nach und nach eine Menge solcher schlechter Einflüsse erkennen und rechtzeitig abreagiren können, leider aber geht einem die Einsicht nur zu oft ab, indem man darüber keine Auskunft erhält und die Angehörigen sich nicht einmal die Mühe geben, einem hierin beizustehen. In solchen Fällen ist es immer besser, den Patienten ausser Hause zu behandeln. Bei allen Krankheiten, die lange gedauert haben, ist die Versetzung in eine neue (wenn möglich verständige) Umgebung eine sehr wichtige Unterstützung der Behandlung überhaupt. Ich will nicht weiter darauf eingehen, es weiss das jeder Arzt.

Aber nicht nur für suggestive Einflüsse von Personen ausgehend

muss vorgesorgt werden, sondern auch für solche der leblosen Natur: das Sopha, auf dem der Neuralgiker seinen Schmerzen lauschte, der Lehnstuhl, in dem der Asthmatiker seine schlaflosen Nächte verbrachte, das Schreibpult, an dem der Schreibkrampfleidende sich abquälte, der Fahrstuhl des Gelähmten, das Bett des mit Enuresis noct. Behafteten etc., sie alle wirken in ungünstigem Sinne suggestiv. Ja, die Sache geht noch viel weiter und keine Ecke der Wohnung ist es schliesslich, die nicht von den Leiden des Patienten zu erzählen weiss und ihm nicht alte Erinnerungsbilder neu beleben kann. Ja nicht nur die Wohnung, sondern die ganze Umgebung, in die der Patient während seiner Krankheit kam oder die er associativ mit seinen Anfällen verband, kann da zum Perpetuum mobile werden. Am schönsten illustriren das die Hysteroepileptischen, die an den Orten oder bei den Begebenheiten, bei denen sie Anfälle hatten, wieder solchen ausgesetzt sind: Donner und Blitz sind da nicht sicher vor solchen, Bänke auf öffentlichen Anlagen, fahrende Vehikel, bestimmte Geräusche, Bilder etc., und es ist rein eine Sache der Unmöglichkeit, alle diese suggestiv wirkenden Factoren auch nur annähernd zu erfahren.

Für diejenigen Patienten, welche nach der Behandlung wieder in ihren Beruf treten, muss ebenfalls für diesen besonders vorgesorgt werden, denn auch an diesem kleben eine Menge Erinnerungsbilder: Widerwärtigkeiten mit Angestellten und Vorgesetzten, mit Clienten, Gewohnheiten, mit denen sich der Patient in seinem Berufe behalf, um über seine Leiden hinwegzukommen u. s. w.

Es ist selbstverständlich, dass man nicht für alle diese Dinge Suggestionen mit auf den Weg geben kann. Die wichtigsten wird man ja sowie so in der Behandlung schon berücksichtigt haben und gewöhnlich geben sie einem der Patient oder die Angehörigen von selbst an oder führen darauf. Es genügt auch meist vollständig, wenn man (wenn nöthig einem neben einigen speciellen) ihm nur im Allgemeinen vorbeugende Suggestionen mitgiebt. Ich sage daher dem Patienten einfach, dass er zu Hause oder in seinem Berufe etc. dann erst recht wahrnehmen werde, wie er jetzt ganz anders sei. Gerade dort werde er den günstigen Einfluss der Behandlung so deutlich sehen, in den Verhältnissen, wo er gelitten habe, bei den Beschäftigungen, die für ihn unglücklich waren, in seiner gewohnten Lebensweise, seiner gewohnten Umgebung, bei seinen Verwandten, Freunden und Bekannten: hier werde sich der gute Effect der Behandlung so recht deutlich machen, werde er den Unterschied zwischen früher und jetzt so

recht deutlich wahrnehmen etc. Solche Suggestionen mache ich jetzt stets während der letzten Zeit der Behandlung, wiederhole sie bei jeder Sitzung und suche mir dazu die Momente der Hypnose aus, in denen der Patient am tiefsten hypnotisirt zu sein scheint. Werden sie während mehrerer Sitzungen beständig wiederholt, so verfehlen sie selten den Erfolg und bei Manchen habe ich aus ihren späteren Briefen wieder solche Suggestionen erkennen können. Ich denke, der in Suggestionstherapie geübte College wird auch wohl ähnliche Suggestionen auf den Weg mitgeben, für den weniger geübten dürften aber solche practische Winke von Werth sein, die sich sonst meist erst durch Erfahrung und unerklärliche Recidive herausfinden.

Früher war man oft genöthigt, noch specielle Suggestionen für directe schlechte (oft selbst beabsichtigte) Beeinflussungen mitzugeben, indem man nie sicher war, dass nicht ein guter Freund des Patienten sich über die Behandlung lustig machen und denselben mit der Suggestion „gieb nur Acht, es wird schon wiederkommen etc.“ regaliren werde. Heute ist das weniger mehr zu befürchten, doch muss man auch stets noch auf Aehnliches sich gefasst machen und darf nicht absolut alle diese Möglichkeiten ausser Acht lassen; die Unterhaltung mit dem Patienten wird einem manchmal auf solche wunde Punkte hinleiten.

Wo es angeht, ist es gut, wenn man die Patienten nach der Behandlung, besonders bei Leiden, die lange gedauert haben, noch irgend wohin in fremde Umgebung versetzen kann, leider ist das aber oft nicht möglich und muss man sich eben behelfen wie man kann.

Zur Methodik der hypnotischen Behandlung.

Von

Korbinian Brodmann.

(Dritte Fortsetzung.)

Es tritt nun die zweite methodologische Frage an uns heran: In welcher Weise können wir die Forderung nach möglichst tiefen Hypnosen erfüllen? Auch in dieser Hinsicht nimmt Vogt eine gewisse Sonderstellung ein, deren wesentliche Merkmale jetzt im Zusammenhange dargestellt werden sollen.

Wir haben bei dieser Methodik einen einleitenden und einen ausführenden Theil zu unterscheiden.

A.

Die Einleitung zu einer hypnotischen Behandlung zerfällt ihrerseits wiederum in die Voruntersuchung und in die psychische Vorbereitung des Kranken.

a) Die Voruntersuchung.

In der Voruntersuchung fällt uns die Aufgabe zu, den Kranken so kennen zu lernen, dass wir uns einmal darüber klar werden, ob überhaupt eine hypnotische Behandlung indicirt ist und dass wir dann weiter, im Falle der Bejahung dieser Frage, in die Lage versetzt sind, die Behandlung möglichst dem kranken Individuum anzupassen. Wir wollen ja bestrebt sein, sowohl bei der Stellung unserer Indicationen, wie der Ausführung der therapentischen Maassnahmen möglichst zu individualisiren. Indem die hypnotische Behandlung in diesem Bestreben nur im Speciellen eine allerdings wesentliche Forderung der gesammten Psychotherapie erfüllt, deckt sich auch die Voruntersuchung zu der-

selben theilweise mit derjenigen, die jede Psychotherapie auszuführen hat.

Da wir die auf die Anamnese und den Status praesens bezüglichen Fragen, wie sie sich jeder gewissenhafte Arzt zu beantworten pflegt, hier übergehen dürfen, so stellt sich uns als erstes Ziel der Voruntersuchnng eine Analyse der Gesammtpersönlichkeit des Kranken entgegen.

Bereits Gerster hat darauf aufmerksam gemacht,[1]) dass wir dieser Aufgabe am besten gerecht werden und von den anamnestischen Erhebungen den meisten Vortheil haben, wenn wir den Kranken seine Leidensgeschichte möglichst selbstständig und ausführlich erzählen lassen. Aus der Art und Weise, wie er dies thut, aus der Weitschweifigkeit oder präcisen Kürze seiner Mittheilungen, aus der Neigung zu querulirenden Klagen oder zu duldender Resignation, aus der Absicht, sein Krankheitsbild zu übertreiben oder abzuschwächen, gewisse Symptome einseitig hervorzukehren, andere zu verbergen und nicht zuletzt aus der Stellung, die er gegenüber der eigenen Prognose einnimmt, werden wir uns zumeist in den Hauptzügen ein zutreffendes Bild von der Psyche des Kranken und von ihrer Betheiligung an der fraglichen Erkrankung verschaffen können. Indem wir dann noch eingehender das ganze Milieu des Patienten zu erfahren suchen, seiner Lebensweise, den wichtigsten Schicksalen, seinem Verhalten in besonderen Glücks- oder Unglücksfällen, gewissen Neigungen etc. nachfragen, lassen sich aus der Art und dem Inhalt der Antworten unschwer exactere Schlüsse auf die Characterveranlagung, den Bildungsgrad des Kranken, kurz auf seinen ganzen intellectuellen und gemüthlichen Zustand ziehen.

Wir ersehen aus diesem subjectiven Bericht im Vergleich mit dem objectiven Befunde, ob und inwieweit die „Einbildung" in dem Krankheitsbilde eine Rolle spielt, wie gross der Grad der Empfindlichkeit ist und wie tief allenfalsige Autosuggestionen sitzen (Gerster); wir erkennen namentlich, ob wir es mit einem energischen willensstarken Menschen zu thun haben, der aus eigenem Antrieb gegen sein Leiden ankämpft und dasselbe wenigstens seiner subjectiven Seite nach einzudämmen sucht, oder mit einer willensschwachen Natur, welche je nach Temperament ungeduldig oder wankelmüthig oder verzagt sich dem leidenden Zustande hingiebt und psychisch ganz in demselben aufgeht;

[1]) Gerster, Beiträge zur suggestiven Psychotherapie, Zeitschr. f. Hypn. I, pag. 322.

darnach bemisst sich wiederum sowohl unser gesammtes Allgemeinverhalten gegenüber dem Kranken, wie das specielle Vorgehen bei dem hypnotisch suggestiven Verfahren, das sich entweder auf logische Ueberzeugung oder auf sanftes Ueberreden stützt, mit Entschiedenheit und Strenge oder mit Milde und Nachsicht durchgeführt werden muss.

Zwei Momente hat sodann die Voruntersuchung noch ganz besonders zu beachten, einmal die Beschaffenheit des Schlafes und zweitens das Verhalten des Patienten bei früheren Behandlungsmethoden und gegenüber bestimmten therapeutischen Eingriffen.

Der Character des Schlafes gestattet an sich für die Psychotherapie recht werthvolle Rückschlüsse auf die nervöse und psychische Constitution eines Menschen; für die hypnotische Methodik vollends ist eine genaue Kenntniss der Details, der Entstehung des Schlafes, seines Verlaufs und seiner Dauer, der Träume, eventueller Schlafattaquen etc. ein unbedingtes Erforderniss. Wir müssen uns deshalb als Hypnotherapeuten im Einzelnen darnach erkundigen, in welcher Weise der Schlaf gewöhnlich einzutreten pflegt: ob schnell oder langsam, schwer oder leicht, mit oder ohne Hülfsmittel (event. larvirte Suggestionen), eingeleitet von Erregungszuständen, quälenden Gedanken, bestimmten Sensationen oder ohne vorangehendes Excitationsstadium, ob das Einschlafen sofort in tiefen Schlaf überführt oder zunächst ein längeres Träumen im Gefolge hat. Bezüglich des Verlaufes des Schlafes müssen wir ferner darauf achten, ob der Schlaf die ganze Nacht tief ist oder ob regelmässig und wiederholt Erwachen in der Nacht eintritt, ob längere Pausen mit hochgradiger motorischer und psychischer Unruhe vorkommen, ob und inwiefern Träume den Schlaf beeinflussen, wie sie beschaffen sind, ob Neigung zu Träumen von bestimmtem Inhalt oder von abnormem Character, speciell zu somnambulen Träumen (Traumreden, Traumhandlungen, mit Angst etc.) beobachtet wurde. Dann haben wir die durchschnittliche Dauer des Schlafes festzustellen und dabei zu untersuchen, ob Perioden von gutem Schlaf mit solchen von Schlaflosigkeit oder gestörtem Schlaf abwechseln und ob der Schlaf im Allgemeinen eine erquickende oder im Gegentheil eine depressive Wirkung auf das subjective Befinden hat, und schliesslich müssen wir uns eine genaue Kenntniss von allen zufälligen Schlafgewohnheiten, sowie von periodischen, mit Schlaf gepaarten Ermüdungszuständen und von hysterischen Schlafanfällen verschaffen. In welcher Weise alle diese Momente unsere hypnotische Methodik beeinflussen, kann hier nicht im Einzelnen gezeigt werden, da dies die Auf-

gabe einer speciellen Technik des Hypnotisirens ist; nur darauf sei beispielsweise kurz hingewiesen, dass einerseits an Insomnie Leidende sehr häufig schwer zu hypnotisiren oder zunächst ganz refractär sind und andererseits zu Schlafanfällen und somnambulen Träumen geneigte Personen nicht selten auch pathologische oder mindestens abnorme Hypnosen darbieten.

Therapeutische Methoden, welche früher bei einem Kranken zur Anwendung kamen, können uns ebenfalls in mannigfacher Hinsicht Anhaltspunkte für die Anbahnung eines rationellen Verfahrens geben. Aus der Art und Weise, wie der Kranke auf eine Behandlung oder auf specielle Therapieformen reagirt hat, vermögen wir individuelle Dispositionen, Antipathien, Autosuggestionen, sowie eine eventuelle Vorliebe für bestimmte therapeutische Maassnahmen abzuleiten und wenn wir uns auch in unseren Ordinationen nicht ausschliesslich durch die Wünsche der Kranken bestimmen lassen dürfen, so werden wir uns als Psychotherapeuten doch in den meisten Fällen hüten müssen, gegen eine ausgesprochene Abneigung oder Idiosynkrasie — wir sehen von gewissen Fällen von Hysterie ab — einem Patienten ein Heilverfahren, sei dies nun Hypnose, Electricität oder Hydrotherapie, aufzudrängen. Wenn z. B. bereits früher Hypnotisirversuche gemacht und längere Zeit erfolglos fortgesetzt worden waren, werden wir mit der Empfehlung dieser Methode sehr vorsichtig und zurückhaltend sein. Die Berücksichtigung derartiger Ergebnisse einer Voruntersuchung ist also stets von Vortheil, denn sie lehrt uns solche Maassnahmen, deren Scheitern in Folge von Autosuggestion von vornherein feststeht, vermeiden und dadurch einem der Autorität des Arztes niemals förderlichen Regimewechsel vorbeugen.

Schon diese Analyse der Persönlichkeit des Patienten giebt allgemeine Indicationen und Contraindicationen für die hypnotische Behandlung.

Wir sahen oben, dass für Jeden, der Vogt's Lehren folgt, bei jeder Indication zur Mastcur im Allgemeinen auch die zu einer Schlafcur existirt. Aber aus dem allgemeinen Status der Persönlichkeit können Contraindicationen erfolgen. Wir haben schon festgestellt, dass bei einer Neigung zu pathogenen Träumen in der Hypnose die Schlafcur contraindicirt oder wenigstens nur bei einer selten möglichen Uebe wachung durchführbar ist. Wo wir also feststellen, dass Störung hysterischer oder somnambuler Natur im normalen Nachtschlaf die Reg

sind, und wo wir daher auch abnorme Hypnosen erwarten dürfen,[1]) müssen wir mit der Indication eines Dauerschlafes sehr vorsichtig sein. Dann kommt natürlich hier wie bei jeder hypnotischen Therapie ein eventuelles Vorurtheil oder eine vorhandene Aengstlichkeit in Betracht. Wir haben schon oben unserer Ansicht Ausdruck gegeben, dass solche Associationen sich mit Geduld überwinden lassen. Wir müssen aber überall da, wo die Voruntersuchung die Existenz solcher störender Associationen ergiebt, uns die Frage vorlegen, ob wir da denn nicht lieber auf den prolongirten Schlaf verzichten oder diesen anderweitig, d. h. durch larvirte Suggestion, erzielen können. Zu solchen larvirten Suggestionen können wir auch andererseits zwecks Erzielung wirklichen Schlafes da greifen, wo die Voruntersuchung uns eine grosse Suggestibilität oder das Vertrauen zu einer besondern Behandlungsart offenbart. Da können wir an Stelle der directen Schlafsuggestion Massage des Kopfes, leichte Electrisirung des Sympathicus, ein nasses Tuch auf den Kopf in Verbindung mit Suggestionen anwenden. Oder aber wir geben zunächst ein wirkliches Schlafmittel, vielleicht einmal in höherer Dosis, und hernach ein harmloses Mittel. Wir wollen dabei darauf aufmerksam machen, dass wir ja auch bei den in dieser Weise eingeleiteten Schlafzuständen ein Rapportverhältniss herstellen und so hernach den Schlaf nach Länge und Tiefe regeln können, ohne dass der Patient das Bewusstsein hat, „hypnotisirt" zu sein.

Zwei andere Gruppen von Kranken, bei denen von vornherein die Erzielung tieferer Schlafzustände sehr schwierig ist, geben ebenfalls sehr häufig eine Contraindication zur Schlafcur ab, zum Mindesten müssen wir uns, wenn die Voruntersuchung darauf hinweist, dementsprechend zur Vorsicht gemahnt sein lassen.

Zu der einen Gruppe gehören jene Persönlichkeiten, die an der ausgesprochenen Angst leiden, nicht hypnotisirt werden zu können. Es giebt Patienten, welche, nachdem alle Curen an ihnen erfolglos durchprobirt sind, nun ihre ganze Hoffnung auf die Hypnose setzen. Vielfach bekommen solche Kranke ungünstige, nur eine geringe Zahl hypnotisirbarer Personen aufweisende Hypnosestatistiken in die Hände, und sofort setzt sich bei ihnen die Idee fest, selbst nicht hypnotisirt werden zu können. Hier setzt dann die Aengstlichkeit die an sich vorhandene Suggestibilität häufig in sehr starkem Maasse herab, so dass dann in

[1]) Vgl. hierüber Vogt, Spontane Somnambulie in der Hypnose. Diese Zeitschrift, Bd. VI.

der That die so sehnlichst erwünschte tiefe Hypnose nicht eintritt. Ein solcher Fall bildet z. B. der junge Mann, den Bechterew als „Erythrophobie“ beschrieben hat. Dieser hatte das einzige Verlangen, tief hypnotisirt zu werden; er erwartet davon allein Heilung und bringt für diesen Zweck jedes Opfer; so reist er, z. B. nachdem von Bernheim ein vergeblicher Hypnoseversuch gemacht war, auf Liébeault's Rath zu Vogt nach Alexanderbad und als er ihn dort nicht treffen kann, in dessen Heimath (Schleswig-Holstein) und schliesslich nach Paris. Selbstverständlich bildete hier der starke Affect bei entschieden normaler Suggestibilität einen Hinderungsgrund für die Entstehung einer tieferen Hypnose.

Eine zweite Gruppe von Kranken sind solche, deren Concentrationsvermögen herabgesetzt ist. Auch bei diesen kann die Voruntersuchung bereits zur Erkenntniss führen und unsere Indicationen resp. Contraindicationen bestimmen, sei es, dass es sich um echte Neurastheniker handelt, die selber über den Verlust ihrer Denkfähigkeit klagen, sei es dass es sich um constitutionelle Psychopathien handelt, deren pathologische Veranlagung man aus der Art ihres Krankenberichtes, aus der abschweifenden Schilderung und Aehnlichem erschliessen kann. Hierher gehört auch die folie de doute; diese Erkrankung kann während einer hypnotischen Behandlung die Form annehmen, dass der Kranke beständig dem Gedanken nachhängt, ob er überhaupt hypnotisirt sei, so dass der Erfolg der Hypnose dann ebenfalls ausbleibt.

Auch über die Frage müssen wir in der Voruntersuchung bereits Gewissheit zu gelangen suchen, ob wir zu irgend welchen psychotherapeutischen Zwecken einen besonderen hypnotischen Zustand schaffen wollen, oder ob wir uns mit Wachsuggestionen begnügen können; wir müssen uns im ersteren Falle vor allem auch darüber entscheiden, welche speciellen Maassnahmen in der Hypnose angezeigt sein werden, ob von reinen Suggestionen, ob von Einübungen irgend welcher Art oder von erzieherischen Einflüssen die grössten Wirkungen zu erwarten sind. Ganz besonders kann uns auch die in der Voruntersuchung vorzunehmende Analyse der kranken Persönlichkeit Anleitung geben zur Specialisirung der therapeutischen Eingriffe überhaupt, zur Anpassung an das individuelle Gefühlsleben des Patienten, und sie ist so geeignet, bei sachverständiger Würdigung aller Momente, uns einen möglichst intensiven Heileffect zu garantiren.

Bezüglich der Anwendung der Hypnose als hypermnestischer Zustand kann die Voruntersuchung eine directe Indication nur dann

geben, wenn es sich um die Beseitigung thatsächlicher Amnesien für grosse Zeitepochen handelt und zwar vor allem in dem Sinne, dass uns durch die Hypnose z. B. die Differentialdiagnose zwischen epileptischen und hysterischen Attaquen ermöglicht wird, je nachdem wir im Stande sind, die Amnesie zu beseitigen oder nicht. Die Anwendung der hypnotischen Hypermnesie beschränkt sich also lediglich auf Attaquen irgend welcher Art und wir halten sie auch nur dann für berechtigt, wenn der Patient die Beseitigung der Amnesie verlangt oder seine Einwilligung dazu giebt.

Dagegen rechtfertigt nach unserer ziemlich umfangreichen Erfahrung die Voruntersuchung an sich niemals eine hypermnestische Cur in der Form des Breuer'schen Verfahrens, d. h. in dem Sinne, in die Aetiologie gewisser Gefühlswirkungen und somatischer Erscheinungen tiefer einzudringen. Diese Hypermnesie ist durchaus nicht gefahrlos; man rührt sehr oft alte Erlebnisse wieder auf, an deren Vergessen die Kranken jahrelang gearbeitet haben. Selbst der Paradefall Freud's, die Frau Emmy v. N., beklagt sich noch heutigen Tags bitter über diese Erfahrung, während eine spätere Schlafcur in Verbindung mit rein suggestiver Behandlung von ihr als heilbringend gerühmt wird. Auf den geringen therapeutischen Werth des Abreagirens werden wir an der Hand einiger Beispiele im speciellen Theil zurückkommen können. Nur dann, wenn die gesammte übrige Psychotherapie die Heilwirkung versagt und wenn wir im Uebrigen einen hinreichend suggestiven Einfluss auf den Patienten haben, halten wir uns für berechtigt, mit der hypnotischen Hypermnesie zu arbeiten und auch dann nur — es sei dies nochmals ausdrücklich hervorgehoben — nach ganz besonderer Zustimmung des Kranken. Andererseits wollen wir entschieden betonen, dass man dieses Verfahren des Abreagirens, wie überhaupt das Ausfragen in der Hypnose nicht allgemein in die hypnotische Methodik einführen darf. Abgesehen von ethischen Bedenken bindender Art, würden viele Kranke, die aus einer an sich gewiss übertriebenen Prüderie diese oder jene Gefühle und Erlebnisse dem Arzte gegenüber verheimlichen zu müssen glauben, sich zu einer Hypnotherapie entweder überhaupt nicht entschliessen oder die Erzielung ruhiger tiefer Hypnosen unmöglich machen, wenn sie befürchteten, dass der Arzt diesen Zustand dazu benutzt, um ihre intimsten Geheimnisse auszuforschen. Es sind dies dieselben Ueberlegungen, die auch einen Chirurgen davon abhalten müssen, bei einem narkotisirten Kranken

irgend welche, nicht zu dem Operationsgebiet in Beziehung stehende Exploration vorzunehmen.

Neben dieser Untersuchung der allgemeinen Persönlichkeit kommt in zweiter Reihe eine möglichst eingehende Analyse der Genese der einzelnen psychopathologischen Erscheinungen in Betracht, um für diese zu einer ganz speciellen Therapie zu gelangen. Im Besonderen handelt es sich darum, bei complicirten Gefühlswirkungen, wie wir sie gerade in den hysterischen Erscheinungen vor uns sehen, im einzelnen Falle eine Analyse zu ermöglichen. Nun ist es klar, dass wir um so schneller derartige Wirkungen beseitigen werden, je tiefer wir in den psychophysischen Mechanismus eindringen können und je specieller wir denselben entsprechend dissociiren können. Wir müssen aber auch hier daran denken, dass man bei dieser Analyse der psychopathologischen Phänomene doch auch mit einer gewissen Vorsicht und mit vielem Tact zu Werke gehen muss. Das was wir vorhin von eventuellen schädlichen Wirkungen der hypnotischen Hypermnesie sagten, indem wir die alte Erinnerungen wach rufenden und so unter Umständen stark erregend wirkenden Folgen derselben andeuteten, kann man auch schon bei einer einfachen Analyse im Wachen erleben. Es giebt eben Hysterische, die man schon heilen kann, wenn man ihre Aufmerksamkeit von sich ablenkt und ihnen im Allgemeinen Vertrauen einzuflössen versteht. Da kann nur eine längere Erfahrung dem Psychotherapeuten Verständniss für die richtigen Grenzen der specialisirenden Analyse verschaffen.

Enge mit dieser Erkenntniss der Indicationen und Contraindicationen, wie wir sie der Voruntersuchung in der angedeuteten Weise entnehmen, hängt nun auch die Einsicht zusammen, die wir für den zweiten Abschnitt der einleitenden Behandlung aus der Voruntersuchung gewinnen können, nämlich für die Vorbereitung zu der indicirten hypnotischen Therapie.

b. Die Vorbereitung zur hypnotischen Therapie.

Zur Characterisirung unseres principiellen Standpunktes soll die Bemerkung vorausgeschickt werden, dass wir eine hypnotische Behandlung nur auf den ausdrücklichen Wunsch eines Kranken einleiten und dass wir in der Privatpraxis niemals oder nur unter den günstigsten Verhältnissen einem Patienten aus freien Stücken den Rath ertheilen, sich hypnotisiren zu lassen. Bereits Bernheim hielt diese Vorsichtsmaassregel in manchen Fällen für geboten,

obwohl er es in der Hauptsache mit einer Hospitalsklientel zu thun hatte. Er betont mehrfach,[1]) dass er verzagte oder gegen die Hypnose ungünstig voreingenommene Personen niemals dränge; er beschränkt sich darauf, sie über den Hypnotismus aufzuklären, zeigt ihnen günstige Wirkungen der Suggestion und wartet ab, bis die Patienten selbst das Verlangen nach hypnotischer Suggestivbehandlung äussern. Noch reservirter verhielt sich Gerster; er ist durch Erfahrungen unangenehmer Art zu dem Entschlusse gekommen, Niemandem eine specielle Suggestions- oder hypnotische Behandlung einzureden, auch wenn sich der Fall noch so sehr dazu eignen würde.[2]) Wir können im Allgemeinen die Befolgung dieses Rathes unseren Collegen aufs dringendste empfehlen, jedoch sind auch hier die Gesichtspunkte, nach denen sich der Hypnotist zu richten hat, nicht von genereller Bedeutung; es würde also wohl gestattet sein, unter besonderen Verhältnissen und ausnahmsweise von dieser Regel abzugehen.

Als Beginn der psychischen Vorbereitung für die hypnotische Behandlung kann ein allgemein psychotherapeutisches Moment dienen: die Prognose. Die suggestive Wirkung der Prognose ist, sofern diese als eine günstige hingestellt werden darf, von unschätzbarem Werthe; sie kann aber, wenn unklug und übereilt ausgenützt, ebensoviel Schaden als Nutzen stiften. Nehmen wir die beiden Extreme einer rein functionellen psychogenen Störung und eines an sich unheilbaren, organisch bedingten Leidens! Beide sind einer Hypnotherapie zugänglich, und bei beiden ist die Form der Prognose, die wir zur Aufklärung des Kranken wählen, von der grössten Bedeutung. Wenn wir, so führt Charcot aus, bei einer für unheilbar erklärten und von uns als psychisch erkannten Lähmung mit all der Autorität, die aus einer sicheren Ueberzeugung, aus einer sorgfältig begründeten Diagnose erfliesst, einem Kranken sagen können: „Sie werden gesund werden," so ist das bereits „der erste Schritt zur Genesung".[3]) Dieses Wort sollte sich jeder Arzt, nicht nur jeder Psychotherapeut, ebenso zur Richtschnur nehmen, wie er sich gleichzeitig die Mahnung zur Vorsicht stets vor Augen halten soll. Es giebt in der Praxis, fährt Charcot fort,[4]) Rücksichten des Tactes und der ärztlichen Würde, über die

[1]) Vgl. Bernheim, Neue Studien, pag. 61.

[2]) Cfr. Beiträge, Diese Zeitschr., Bd. I, pag. 323.

[3]) Vgl. Charcot, Poliklinische Vorträge, Bd. I, 1887—88. Dt. von S. Freud, pag. 283 ff.

[4]) Ibidem.

man sich niemals hinwegsetzen darf, und am allermeisten ist der Hypnotist in Gefahr, dieselben zu verletzen. Wenn er in einem unzweifelhaften Fall mit einem gewissen Aplomb die sofortige Heilung durch Hypnose ankündigt und diese tritt nicht ein, so compromittirt er sich und seinen Stand und macht eine Weiterbehandlung illusorisch. Man hüte sich also auch bei der sichersten Diagnose vor solchen Prophezeiungen, beschränke sich darauf, zu versichern, dass die Heilung unzweifelhaft erscheint und nicht lange auf sich werde warten lassen, denke aber von Anfang an daran, wie man sich für den möglichen Fall des Misserfolges einen „Rückzug in guter Ordnung" sichern kann. Bei schweren organischen Leiden liegt die Sache anders; der Arzt gelangt hier in eine recht schwierige Alternative. Er kann seinen eigenen Ruf in Gefahr bringen, wenn er die Wahrheit nicht sagt und kann dem Kranken schaden, wenn er dieselbe schonungslos ausspricht. Hier wollen wir uns stets daran erinnern, was Löwenfeld ganz richtig mit den Worten formulirt hat, „dass der Arzt weder eine moralische noch rechtliche Verpflichtung hat, die Anschauungen, welche er bezüglich der Diagnose und Prognose in einem Krankheitsfall gewonnen hat, dem betreffenden Patienten mitzutheilen, auch wenn derselbe dies bestimmt beansprucht," [1]) dass er aber andererseits wohl moralisch gebunden ist, das Interesse seines Patienten stets im Auge zu behalten und, selbst auf Gefahr eines Conflictes mit anderen Grundsätzen, zu wahren. Das Verlangen solcher Schwerkranken nach einer wahrheitsgemässen Aufklärung läuft ja doch, wie schon Weil betont hat, [2]) in den meisten Fällen auf einen Selbstbetrug hinaus und wenn es auch aus innerster Ueberzeugung käme, so dürfen wir demselben doch nicht immer stattgeben, sobald wir vermuthen, dass die Eröffnung der Wahrheit auf den Gemühtszustand des Leidenden unheilvoll einwirken und durch Erweckung von Kummer und Sorgen den Zustand verschlimmern könnte. Ohne die Unwahrheit zu sagen, können und sollen wir im Interesse des Kranken die Wahrheit manchmal verschweigen. Wie vorsichtig man schon während der Exploration des Kranken sein muss, um seine Gedanken nicht zu verrathen und unabsichtlich Unheil anzustiften, hat uns Forel gezeigt, indem er offenherzig zugesteht, [3]) selbst

[1]) Citirt nach Löwenfeld, l. c., pag. 81f.

[2]) Vgl. Weil, Die suggestive Wirkung der Prognose. Zeitschr. f. Hypn., Bd. I, pag. 395.

[3]) Unconscious Suggestion. American Journal of Psychologie. Vol. IV, 4. Nach Forel, Der Hypnotismus, pag. 151.

einer Person ein Magengeschwür dadurch suggerirt zu haben, dass er ein solches befürchtete; derselbe Autor weist auch darauf hin, dass vielfach schlimme Suggestionen von den Aerzten durch ihre Mienen, Untersuchungen und Prognosen verübt werden. In schweren unheilbaren Fällen ist also doppelte Vorsicht geboten, denn, wenn wir auch nicht heilen können, so sollen wir doch bestrebt sein, dem Kranken sein Leiden erträglich zu machen und seine Beschwerden zu lindern; dies ist aber nur möglich, wenn wir ihm nicht den letzten Funken Hoffnung auf Besserung oder Genesung rauben.

Soweit die Prognose den Zweck hat, den Kranken über seinen Zustand zu beruhigen und seinen moralischen Muth zu heben, verfolgt die specielle Belehrung die Absicht, das Vertrauen desselben zum Arzte zu gewinnen und den Boden für den suggestiven Einfluss specieller Heilmittel vorzubereiten. Wir werden desshalb zweckmäsigerweise an die Anamnese und Untersuchung direct eine Aufklärung des Patienten über das hypnotische Verfahren anschliessen. Wir müssen den Kranken zunächst für dasselbe erziehen und können mit den Hypnotisirungen erst dann beginnen, „wenn das Terrain vorbereitet" und der Kranke für die suggestive Empfänglichkeit hinreichend trainirt ist. Es ist dies schon aus dem Grunde angerathen, weil viele Personen durch die Anamnese und die dabei wachgerufenen peinlichen Erinnerungen oder auch infolge der körperlichen Untersuchung allein derart psychisch erregt werden, dass sie für den Augenblick gar nicht oder nur schwer in Hypnose zu versetzen wären.

Der Arzt muss in der Voruntersuchung zu erfahren gesucht haben, welche Vorstellungen sich eine Person über den Hypnotismus gemacht hat. Im Allgemeinen wird man nicht nur unter den Laien, sondern bedauerlicherweise auch unter den Aerzten Wenige finden, die nicht ungenügend oder falsch informirt wären. Es lassen sich in dieser Hinsicht zwei Extreme von Menschen unterscheiden. Die Einen sind ganz von mystischen und geheimnissvollen Anschauungen eingenommen, vermöge deren sie von der Hypnose directe Wunderwirkungen, Heilungen auf Commando und à tout prix erwarten. Gehen diese überspannten Hoffnungen nicht in Erfüllung, so sind solche Personen leicht geneigt, dem Hypnotiseur ihr Vertrauen nach wenigen Sitzungen zu entziehen und die Fortsetzung der Cur sehr zu erschweren oder ganz unmöglich zu machen. Eine andere Klasse von Kranken bringt, trotzdem sie sich aus eigenem Entschlusse und freiwillig einer hypnotischen Behandlung unterziehen wollen, eine solche Summe von künstlich genährten

Vorurtheilen, Zweifeln, Aengstlichkeit mit, dass es äusserst schwer hält, das psychische Gleichgewicht derselben herzustellen. Hier hat die psychische Vorbehandlung ein weites Feld fruchtbringender Thätigkeit und der psychologischen Erfahrung und practischen Menschenkenntniss des Arztes ist hier der breiteste Spielraum gegeben.

Natürlich ist es auch nicht annähernd möglich, alle Eventualitäten im Einzelnen durchzusprechen. Die psychische Vorbehandlung eines Kranken kann Tage, ja Wochen in Anspruch nehmen und je nach der Art des Leidens, dem Bildungsgrade, der Characteranlage und anderen individuellen Factoren werden unsere erzieherischen Bemühungen grösseren oder geringeren Widerstand finden. Dementsprechend wollen wir hier nur einige Punkte hervorheben, die gerade Vogt's Verfahren characterisiren.

Es sei zunächst constatirt, dass diese psychische Vorbereitung sich zweier Mittel zu bedienen hat, der theoretischen Aufklärung und der practischen Demonstration. Beide Mittel hinwiederum haben einmal das Wesen der Krankheit und dann die Natur und die Wirkungsweise der Hypnotherapie ins Auge zu fassen.

α. Die theoretische Aufklärung.

Auch hier nimmt Vogt einen durchaus originellen Standpunkt ein. Forel und andere haben betont, dass man viele Worte und Erklärungen auf alle Fälle vermeiden möge. Andererseits haben Autoren, wie Lloyd-Tuckey[1]) z. B. und ganz jüngst auch v. Renterghem[2]) sich in entgegengesetztem Sinne geäussert. Vogt tritt nun für eine möglichst weitgehende theoretische Aufklärung ein und zwar begründet Vogt dieses Eintreten mit folgenden Erfahrungen.

1. Vogt giebt vollständig zu, dass man ganz frappante Heilerfolge haben kann bei Personen, die nie etwas von Hypnotismus gehört haben, und denen man keine theoretischen Erklärungen gegeben hat. Aber Vogt hat bei dieser Klasse von Kranken die weitere Beobachtung gemacht, dass diese Erfolge nicht von solcher Dauer waren wie in den Fällen, wo gleichzeitig eine theoretische Aufklärung stattfand. Der naive Patient wurde schnell geheilt. Er wurde sozusagen überrumpelt. Aber nachträglich denkt er doch über diesen unerwarteten Erfolg nach

[1]) Vgl. dessen Psychotherapie.
[2]) Vgl. diese Ztschr., Bd. VII.

und gelangt so zu allerlei mehr oder minder mystischen Erklärungen. Er vermuthet eine geheimnissvolle Kraft, „etwas Besonderes in den Augen“ des Hypnotiseurs u. dergl. mehr und indem er diesen Kräften dann weiter seine Heilung zuschreibt, geräth er in eine gewisse abhängige Stellung zum Arzt. Dieses Gefühl kann sogar in eine verhängnissvolle Neigung ausarten. Zum Mindesten aber erreicht der Patient nicht jene Selbstständigkeit, nicht jene Willensmacht über sich selbst, wie sie gerade von uns im Gegensatz zu manchen anderen die Hypnose ausübenden Aerzten erstrebt wird.

2. Vogt hat therapeutische Erfahrungen bei einer ganzen Reihe von Psychologen und die Hypnose selbst ausübenden Aerzten sammeln können. Er giebt gern zu, dass das Interesse, welches derartige Patienten der Selbstbeobachtung währeud der Hypnose entgegenbrachten, die ersten Male der Erzielung tiefer Hypnosen hinderlich war. Dann aber zeigte sich das Gegentheil. Gerade in diesen Fällen hatte die Hypnotherapie besonders günstige Erfolge, die auf das weitgehendste Verständniss zurückzuführen waren, das unter diesen Bedingungen dem ärztlichen Vorgehen entgegengebracht wurde: eine Illustration zu der Wahrheit der Strümpell'schen Behauptung, dass mit der zunehmenden Aufklärung die Hypnotherapie von selbst verschwinden würde.

3. Wir haben bisher von ganz naiven oder von vollständig eingeweihten Patienten gesprochen. Nun gehört aber die grosse Mehrzahl der Kranken, die zu uns kommen, zu keiner dieser beiden Gruppen. Sie kommen zu uns mit Anschauungen über das Wesen ihrer Krankheit und über die Natur und Wirkungsweise der Hypnotherapie, die durchaus nicht den unserigen entsprechen. Ich habe schon oben zwei hierher gehörige Extreme geschildert. In allen diesen Fällen verbinden die Kranken mit den Worten „Suggestion“, „Autosuggestion“, „Einbildung“, „Hypnose“, „Hypnotherapie“ etc. Objectbilder, die nicht den unserigen entsprechen. Es bedarf daher erst einer Correction dieser Objectbilder, um die von uns gewünschten Bewusstseinszustände zu erzielen. Dieses ist dabei nicht etwa theoretisch von Vogt construirt, sondern aus der Erfahrung abgeleitet. Ueberall da, wo er einen theoretisch zu erwartenden Erfolg nicht eintreten sah, konnte er bei genauerer Analyse stets irgend ein Vorurtheil, irgend ein derartiges unrichtiges Objectbild nachweisen.

Wenn wir nun auf Grund dieser Erfahrungen für eine möglichst weitgehende Aufklärung des Patienten eintreten, so müssen wir doch auch in tactvollster Weise individualisiren.

Zunächst ist natürlich selbstverständlich, dass wir zum Kranken in einer ihm verständlichen Sprache reden. Dann aber müssen wir weiter auch die Weltanschauung, die religiöse Ueberzeugung des Patienten berücksichtigen. Man braucht dieselbe nicht zu theilen, man kann das auch in tactvoller Weise bekennen und kann doch die emotionellen Kräfte, die uns der Patient in der Form seiner Religion darbietet, zu dessen Gunsten benutzen.

Im Speciellen müssen wir dann weiter folgende Punkte berücksichtigen. Wir haben dem Bestreben Ausdruck gegeben, dass wir den Patienten über das Wesen seiner Krankheit aufklären wollen. Hier gilt zu constatiren, was wir oben von der hypnotischen Hypermnesie sagten. Die Aufklärung ist nicht immer nöthig. Bei leichter heilbaren Kranken genügt eine einfache Ablenkung der Aufmerksamkeit von ihrer Person. In diesen Fällen regt eine detaillirte Aufklärung höchstens die Selbstbeobachtung an, ruft alte Erinnerungen wach und kann so in ähnlicher, wenn auch schwächerer Weise ungünstig wirken wie die hypnotische Hypermnesie. Wir stellen deshalb mit Vogt den Satz auf, dass erst eine längere Beobachtung die Indication zu einer eingehenden Aufklärung über das Wesen der vorliegenden psychopathologischen Erscheinungen abgeben kann.

In Betracht kommen hier hauptsächlich hartnäckige Fälle von Hypochondrie und Hysterie. Ich habe oben bereits die Heilung eines Hypochonders geschildert, dem Vogt eine Psychologie zum Studium gab. In schwersten Fällen von Hysterie ist Vogt noch weiter gegangen. In diesen Fällen erzieht er die Patienten direct zur psychologischen Selbstbeobachtung, und das eventuell im systematischen partiellen Wachsein. Sie können dadurch nicht etwa nur der Psychologie nützlich werden, sondern den grössten Nutzen für sich erzielen. Ich will hier kurz einige Beobachtungen Vogt's anführen.

Eine Hysterica litt an Schüttelkrämpfen der Arme, die durch die leiseste Berührung der Arme ausgelöst wurden. Eine directe Suggestion, auch in tiefer Hypnose, beseitigte diese Anfälle nicht. Sie dauerten stets unter diesen Umständen stundenlang. Dagegen beseitigte in der Hypnose eine sinnlich lebhafte Erinnerung des auslösenden Reizes, nach einer vorübergehenden sehr starken Steigerung des Krampfes diesen momentan. Zunächst war die Patientin wegen dieser Anfälle ans Haus gefesselt. Sehr schnell lernte nun die Patientin, sich selbst in den Zustand des eingeengten Bewusstseins zu versetzen, sich das Erinnerungsbild des auslösenden Reizes sinnlich lebhaft zu reproduciren und so selbst den Krampf zu beseitigen. Waren der Patientin schon auf diese Weise Spaziergänge ermöglicht, so machte

die Patientin sehr bald weitere Fortschritte, deren Natur uns gerade in diesem Moment interessirt. Ich sagte, dass dem Aufhören des Krampfes eine sehr starke Exacerbation desselben voranging. Die Patientin wurde nun im Zustand des eingeengten Bewusstseins aufgefordert, die Bewusstseinserscheinungen zu beseitigen, die sie im Moment des Aufhörens des Anfalles hatte. Patientin constatirte gewisse Empfindungen der Ermüdung und „des Nachlassens des Krampfes“ im Arm. Patientin wurde sodann aufgefordert, sich diese Empfindungen, d. h. die Zielvorstellung des Aufhörens des Krampfes, genau einzuprägen. Es wurde darauf der Krampf künstlich hervorgerufen, und siehe da: Patientin konnte jetzt durch Concentration ihrer Aufmerksamkeit auf die contrastirende Zielvorstellung des Aufhörens des Krampfes diesen sofort beseitigen. Sie lernte jetzt sehr schnell, auch im vollen Wachsein, diese coupirende Contrastvorstellung lebhaft genug zu erregen. So konnte jetzt die Patientin selbstständig einen ausgelösten Krampf sofort beseitigen. Uebrigens hatte sie die Contrastvorstellung nicht mehr lange nöthig. Denn dieses „Gefühl der Sicherheit“ beseitigte sehr bald die „Angst vor derartigen Anfällen“ und damit zugleich die Disposition zu denselben.

Eine Dame, die in Paris einen Vortrag Vogt's über associirte Gefühle gehört hatte, kam hernach zu ihm und erzählte ihm Folgendes: Sie kenne eine Dame, deren Freundin sie gerne werden wolle und die sie in jeder Beziehung hochschätze. Aber sie könne dieselbe nicht leiden. Ihr Verstand sage ihr immer, dass diese Dame wirklich ihre ganze Neigung verdiene. Aber trotzdem habe sie vom ersten Moment eine tiefe Abneigung gegen sie verspürt, eine Abneigung, über die sie sich keine Rechenschaft geben könne. Nachdem sie nun seinen Vortrag gehört habe, sei sie zu der Ansicht gekommen, dass es sich um ein derartiges associirtes Gefühl handle, dessen intellectuelles Substrat nicht in ihrem Bewusstsein wäre. Sie bat deshalb Vogt, sie in den Zustand des systematischen partiellen Wachseins zu versetzen und ihr die Erinnerung für das im Wachsein bewusstseinsunfähige intellectuelle Substrat zu geben. Der Versuch gelang vollständig. Die Dame erinnerte sich im eingeengten Bewusstsein eines unangenehmen Erlebnisses aus der Kindheit, dessen Gefühlsbetonung durch eine ganz äussere Eigenschaft der anderen Dame wachgerufen war. Sie konnte das ihr jetzt bewusste intellectuelle Substrat durch ihre Logik corrigiren und ist eine „wirkliche Freundin“ der anderen Dame geworden.

Eine Dame, mit der Vogt viele psychologische Experimente gemacht hat und die über das Wesen und die Macht von Suggestionen unterrichtet ist, berichtet eines Morgens dem Arzt Folgendes: „Seit 5 Jahren habe ich im Anschluss an mein damaliges Wochenbett Schmerzen im Steissbein. Ich habe davon Ihnen kaum je gesprochen; denn ich hielt diesen Schmerz nicht für nervös, sondern für einen organischen. Als ich nämlich im Wochenbett über diesen Schmerz klagte, sagte mir die Hebamme: „Ja Ihr Kind war sehr gross. Da ist der Knochen verschoben worden. Diesen Schmerz werden Sie auch nach dem Aufstehen weiter haben.“ Dementsprechend habe ich diesen Schmerz bis heute als etwas Selbstverständliches hingenommen. Heute Morgen habe ich mich nun einmal genau beobachtet. Ich habe da bemerkt, dass der Schmerz wesentlich zunahm, als ich mir die Worte der Hebamme vergegenwärtigte. Auf Grund meiner jetzigen Erfahrungen habe ich mir dann gleich gesagt: „Dieser Schmerz ist nur psychisch. Die damaligen Worte der Hebamme haben suggestiv auf mich eingewirkt.“ Seitdem ich nun heute

Morgen mit meiner Logik jener Aeusserung der Hebamme entgegengetreten bin, ist der Schmerz beseitigt." — Der Schmerz ist auch weiterhin fortgeblieben.

Bezüglich der Aufklärung über das Wesen und die Wirkungsweise der Hypnotherapie sind es weiterhin zwei Punkte, die eine besondere Besprechung erheischen, da wir hier von anderen Fachgenossen abweichen.

Zunächst haben wir schon wiederholt hervorgehoben, dass Vogt jeder falschen Interpretation des Wesens und der Wirkungsweise der Hypnotherapie von Seiten seiner Patienten sehr energisch entgegenarbeitet. Als einen der Gründe hierfür haben wir bereits den Umstand kennen gelernt, dass die Patienten auf diese Weise ein augenblickliches Gelingen oder den Dauererfolg einer hypnotischen Behandlung fälschlicherweise an äusserlich unerfüllbare Bedingungen knüpfen, z. B. an bestimmte Personen, an bestimmte Aeusserlichkeiten der Technik und dergl. mehr. Dann weiter führen solche vorgefassten Meinungen zu durchaus pathologischen Bewusstseinszuständen, zu Bewusstseinszuständen, die einer Autosuggestion ihren Ursprung verdanken. Es ist aus der Flechsig'schen Klinik berichtet worden, dass hier die Meinung verbreitet wurde, dass Flechsig eine electrische Hand habe, mit der er direct ohne Verbalsuggestionen Hypnosen hervorrufen könne. Er hielt seine Hand über den Scheitel der Patienten und es verfielen dann wirklich einzelne Patienten in einen Schlafzustand: Es handelte sich um Hysterische, die sich einen hysterischen Schlafzustand selbst suggerirten. So kam es denn, dass diese Kranken gelegentlich sogar auf die Flechsig'schen Hypnotisirversuche mit einem vierwöchentlichen hysterischen Dämmerzustand antworteten. Vogt hat an denselben Patienten Versuche gemacht. Er hat dieselben vorher aufgeklärt und dann bei ihnen auch ganz normale Hypnosen erzielen können.

Der zweite Punkt, auf den Vogt einen noch grösseren Werth legt, ist der, dass er von vornherein seine Patienten darauf aufmerksam macht, dass er nie und nimmer blinden Gehorsam, nie und nimmer das, was die Franzosen mit einem schlechten Ausdruck als „psychischen Automatismus" bezeichnen, erzielen will, dass er im Gegentheil seine Patienten zu einer grösseren Selbstständigkeit, zu einer gesteigerten Willensstärke erziehen will.

Vogt[1]) hat von einer Selbstbeobachtung berichtet. Er rief sich im

[1]) Vgl. Vogt, Die directe psychologische Experimentalmethode in hypnotischen Bewusstseinszuständen. Diese Ztschr., Bd. V.

Zustand des eingeengten Bewusstseins gewisse Erinnerungsbilder wach. Diese waren lebhafter als im normalen Wachsein. Nach diesem Versuch war er dann im Stande, diese Erinnerungsbilder im normalen Wachsein in einer lebhafteren Intensität willkürlich hervorzurufen als irgend welche andere. Hier schuf also die Einübung im eingeengten Bewusstsein auch für später eine grössere Willensstärke.

Nehmen wir weiter einen Patienten, der an Schlaflosigkeit leidet. Derselbe legt sich Abends ins Bett. Er will schlafen, aber er kann trotzdem den Schlaf nicht finden. Mit vollem Recht bezeichnet Janet diesen Zustand als eine Abulie. Jetzt erziele ich durch Suggestion den Schlaf. Was heisst das? Ich lenke durch meine Worte, das heisst durch äussere Reize die Aufmerksamkeit des Patienten auf die Schlafvorstellung. Was die willkürliche Concentration der Aufmerksamkeit nicht allein vermochte, vermag sie unter Zuhülfenahme von peripheren Reizen. Allmählich in Folge der wiederholten Erregung nimmt nun diese Schlafvorstellung an Erregbarkeit zu. Ich constatire, dass der Patient schon nach wenigen Suggestionen einschläft. Ich gehe nun einen Schritt weiter, indem ich meine Person ausschalte. Die Schlafvorstellung ist jetzt so leicht erregbar, dass der Patient nun nur noch in sein Zimmer zu gehen, sich in die gewohnte Lage zu bringen und an den Schlaf zu denken braucht, um dann einzuschlafen. Und schliesslich sind auch diese bahnenden äusseren Einwirkungen nicht mehr nöthig. Der Patient kann jetzt einschlafen, wenn er will. Seine Abulie ist geschwunden. Sein Wille ist gestärkt.

Gewisse Autoren werden mir einwenden: „Ja, sein Wille gegenüber der Schlaflosigkeit ist gestärkt, gegenüber dem Hypnotiseur aber geschwächt. Sie werden denjenigen, den Sie öfter hypnotisirt haben, gegen seinen Willen hypnotisiren können.“ Auch dieser Einwand wird von Vogt auf Grund seiner Erfahrungen als unrichtig zurückgewiesen. Vogt hat Patienten kennen gelernt, die er gegen ihren ausdrücklichen Willen hypnotisiren konnte. Aber eine Analyse der Fälle zeigte stets, dass diese Patienten entweder von ihrer Unfähigkeit, nicht widerstehen zu können, von vornherein überzeugt waren oder wenigstens dieselbe fürchteten und so durch Angst in ihrer Widerstandskraft gehemmt wurden. Vogt hat seit jenen Erfahrungen stets in seinen Patienten von vornherein die Vorstellung geweckt, dass sie nicht in eine derartige Abhängigkeit zu ihm kämen. Nach einer solchen Unterweisung hat er dann auch bei seinen besten Somnambulen nicht mehr gegen ihren Willen eine Hypnose erzielen können.

β. Die practische Demonstration.

Nach dieser Richtung sind alle Autoren einig und von den Gründern der suggestiven Schule ist immer wieder auf die suggestive Wirkung des gesehenen Beispiels hingewiesen worden. Liébeault hat in seinen Publicationen über die Erzeugung des künstlichen Schlafes stets den besonderen Einfluss der „Imitation" hervorgehoben und er pflegt, um diese bei Neulingen recht drastisch zur Wirkung kommen zu lassen, alle Kranken gemeinsam in einem Saale und in grossen Gruppen zu hypnotisiren.[1]) Auch Bernheim hat es wiederholt ausgesprochen, dass er seine erstaunlichen Erfolge nicht zum geringsten Theil der „suggestiven Atmosphäre" seiner Umgebung zu verdanken habe. „Auf unserer Klinik — so erzählt dieser Meister der Suggestivbehandlung — welche natürlich besonders günstige Bedingungen für die Entfaltung der ärztlichen Autorität bietet, und auf welcher der Trieb zur Nachahmung und Verlockung durch zahlreiche Vorbilder recht eigentlich eine Atmosphäre von Suggerirbarkeit entwickelt haben, stellt sich die Verhältnisszahl der Somnambulen noch höher (als bei Liébeault) und wir bringen es zeitweise dahin, die Hälfte — und darüber — von unseren Kranken in einen somnambulen Zustand zu versetzen." [2])

Gestützt auf die Erfahrungsthatsache der „psychischen Contagion" und auf die mächtige Suggestivwirkung derselben halten deshalb die meisten Autoren daran fest, die zu Hypnotisirenden nicht nur durch einen passenden Verkehr mit bereits erfolgreich Hypnotisirten oder Geheilten von der Wirksamkeit der Hypnose zu überzeugen, sondern ihnen auch Gelegenheit zu geben, an geeigneten Beispielen die Ungefährlichkeit der Methode des Einschläferns und die Natürlichkeit des ganzen Vorgangs mit eigenen Augen zu sehen. Während namentlich Bernheim die Forderung vertritt[3]), dass eine zu hypnotisirende Person nicht nur verschiedene Hypnotisirungen angesehen, sondern dass sie ausserdem auch die Phänomene der Katalepsie, Analgesie etc., sowie directe Heilwirkungen kennen gelernt habe, warnen andere Practiker davor, Neulingen derartige Experimente zu demonstriren. Vogt speciell lässt Kranke, die sich einer hypnotischen Behandlung unterziehen wollen, ein oder mehrere Male Hypnotisirungen beiwohnen; er

---

[1]) Vgl. namentlich auch die Schilderungen Renterghem's in „Liébeault et son école" (Unsere Zeitschrift, Bd. IV, pag. 347 ff. und Bd. V).

[2]) Bernheim, Die Suggestion, pag. V der Vorrede.

vermeidet es dabei natürlich ebenso streng wie Bernheim, seinen Patienten aufregende hypnotische Erscheinungen (Hallucinationen und Aehnliches) vorzuführen; er geht aber weit über diese Vorsichtsmaassregel hinaus, indem er im Gegensatz zu Bernheim bei solchen erzieherischen Demonstrationen auch die an sich harmloseren Productionen von Katalepsie und Analgesie unterlässt. Die Zuschauer sollen sich lediglich an den Anblick der in behaglichem Schlummer Daliegenden gewöhnen, sie sollen die beruhigende Wirkung des hypnotischen Schlafes kennen lernen, sich aller mysteriösen und beängstigenden Vorstellungen entschlagen und ganz in den Gedanken hineinleben, dass der friedliche Schlummer der Hypnotisirten sich in Nichts von dem normalen Schlaf zu unterscheiden brauche. Dabei können wir dann weiter noch specielle theoretische Ausführungen, die wir individualisirend dem einzelnen Patienten gegeben haben, durch Demonstrationen verständlicher machen. Bei allen diesen Vorführungen sei ein Punkt nie aus dem Auge gelassen. Je weniger wir die Erwartungen eines Kranken, die er auf die Hypnose setzt, steigern, desto sicherer bewahren wir ihn vor unangenehmen Enttäuschungen. Wir sollen deshalb niemals allzu eclatante und erstaunliche Erfolge demonstriren. Im Gegentheil, Vogt wählt mit Vorliebe zunächst solche Patienten zur Demonstration, die selbst noch nicht lange hypnotisirt sind und bei denen die Erzielung der Hypnose noch nicht so schnell von Statten geht. Sonst ist der neue Patient durch das weniger günstige Resultat seiner ersten Hypnotisirungen enttäuscht und er fasst die Idee, dass bei ihm derartige Wirkungen unmöglich seien. Mit Geduld und Consequenz kommen wir in der psychischen Erziehung viel weiter, als mit Ueberraschungen und fascinirender Effecthascherei.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Frage der suggestiven Hauterscheinungen.

Eine Erwiderung an Herrn Prof. Dr. A. Forel

von

Dr. A. Freiherrn **von Schrenck-Notzing.**

In Heft 3 dieser Zeitschrift (Band VII) bringt Herr Professor Dr. Forel gelegentlich seiner Bemerkungen über meine Kritik der suggestiven Hauterscheinungen in Absatz 3 folgenden Einwand:

„Herr Dr. von Schrenck hat offenbar das schönste und beweiskräftigste Experiment, das Wetterstrand's übersehen." Forel theilt dann mit, dass er auf privatem Wege von Wetterstrand eine Photographie der Hand mit den suggestiv erzeugten Brandblasen erhalten habe, auf welcher geschrieben stand, dass die Blasen 8 Stunden nach erhaltener Suggestion entstanden seien. „Das Object wurde die ganze Zeit genau controlirt und überwacht." Als Quelle für die Beschreibung jenes Experimentes weist Forel hin auf Wetterstrand's Arbeit „Der Hypnotismus". Wien und Leipzig 1891, pag. 31.

Hierauf ist Nachstehendes zu erwidern: Das Uebersehen liegt in diesem Falle nicht auf meiner Seite, wie ich es sehr im Interesse eines stricten Beweises für die suggestive Vesication gewünscht hätte, sondern auf derjenigen meines hochverehrten Gegners, des Herrn Prof. Forel. Derselbe hat nämlich nicht beachtet, dass auf Seite 31 in dem Wetterstrand'schen Buche sich gar keine Beschreibung des fraglichen Experimentes findet, sondern nur der kurze in einer Krankengeschichte beiläufig gemachte Hinweis Wetterstrand's, „dass man Brandblasen auf der Haut des epileptischen Patienten hervorbringen und Nasenbluten hervorrufen könne."

Nun konnte meine Arbeit „Ein experimenteller und kritischer Beitrag zur Frage der suggestiven Hervorrufung circumscripter vasomotorischer Veränderungen auf der äusseren Haut“ doch nur hinreichend genau mitgetheilte Experimente berücksichtigen, nicht aber blosse Behauptungen, Notizen und Hinweise. Und es wurde sogar der Nachweis erbracht, dass selbst die von Krafft-Ebing u. A. ganz ausführlich beschriebenen Versuche in ihren Versuchsbedingungen doch nicht sorgfältig genug geschildert seien.

Dagegen entstammte Forel's Kenntniss von dem Wetterstrand'schen Versuch privater Mittheilung. Warum Forel aber das Wetterstrand'sche Experiment das „schönste und beweiskräftigste“ nennt, ist mir nicht klar geworden. Denn wenn der Experimentator auch der Photographie die Worte beigefügt hat „Das Object wurde die ganze Zeit (8 Stunden) genau controlirt und überwacht“, — so kann diese Versicherung, die ja gewiss bona fide abgegeben ist, dochwohl kaum die fehlende detaillirte Beschreibung der Versuchsbedingungen ersetzen, welche allein den Maassstab über die Stichhaltigkeit des Experimentes bietet.

Wenn Forel und Wetterstrand aber noch andere private Aufzeichnungen besitzen, welche das Urtheil über die „Schönheit und Beweiskraft“ des Experimentes besser stützen, als die erwähnte subjective Auffassung Forel's, so wäre es ein grosses Unrecht, dieses wichtige Material der Wissenschaft vorzuenthalten.

So lange aber jene Veröffentlichung fehlt, ist für mich trotz aller meiner Hochachtung für die Beobachtungsfähigkeit des Kollegen Wetterstrand die Beweiskraft auch dieses Experimentes nicht hinreichend erwiesen. Denn unbewusste Selbsttäuschung gehört leider zu den nicht seltenen Vorkommnissen bei Beobachtungen an Hypnotisirten.

Die in Punkt 2 (Dermographismus) von Forel gestellte Frage, warum die Quaddel bei dem von ihm selbst angestellten Experiment nur auf der suggerirten Seite auftrat, nicht aber auf der ebenfalls berührten anderen Seite, ist bereits in meiner Arbeit „Ein kritischer und experimenteller Beitrag“ beantwortet worden und zwar in folgender Weise: Vielleicht wurde (unbemerkt) vom Experimentator bei dem rechten Kreuz ein stärkerer Druck auf die Haut ausgeübt, als links, wodurch Röthung und Quaddelbildung erfolgte.“ Denn für die Hervorrufung von Quaddeln kommt es ganz auf die Stärke des Reizes, des ausgeübten Druckes an. Eine leichte oberflächliche Berührung,

wie sie vielleicht links erfolgte, genügt bei vielen Personen dazu nicht, sondern der Druck müsste schon eine bestimmte Stärke haben oder wiederholt an gleicher Stelle erfolgen. Diese Möglichkeit der Erklärung soll natürlich nur als Vermuthung geäussert werden. Denn gerade kleine, meist nicht beachtete, und bald nach Anstellung des Versuches vergessene Nebenumstände sind oft von ausschlaggebender Bedeutung für das Zustandekommen solcher Effecte.

Im Uebrigen kann Verfasser den Bemerkungen Forel's nur beistimmen und würde es selbst freudigst begrüssen, wenn diese wichtige Klasse von Experimenten, die ja eine Hauptgrundlage abgiebt für die Suggestiv-Behandlung, einmal mit wissenschaftlicher Gründlichkeit nachgeprüft und mit unantastbarer Genauigkeit gegen jeden Einwand festgestellt würde. Dazu gehört aber vor Allem strengste Objectivität und Selbstkritik, sowie peinlichste Verhütung des Einflusses der von mir angegebenen und bei früheren Versuchen nicht vermiedenen Fehlerquellen.

In diesem Sinne sollten die oben genannte kritische Untersuchung des Verfassers, wie auch die sich daran schliessenden dankenswerthen Bemerkungen Forel's wohl nur eine Anregung darbieten und zu einer präciseren Fragestellung auf einem bis jetzt durchaus nicht hinreichend bearbeiteten Theil der hypnotischen Forschung beitragen.

Die suggestive Behandlung einzelner Formen der Parästhesie der Geschlechtsempfindung.

Von

Dr. Tatzel-St. Blasien.

v. Krafft-Ebing definirt die Parästhesie der Geschlechtsempfindung als eine Erregbarkeit des Sexuallebens durch inadäquate Reize. Pervers ist jede Befriedigung des Geschlechtstriebes, die nicht auf die normale, natürliche Weise sich vollzieht, und deren hauptsächlichste und wichstigste Formen Onanie und conträre Sexual-

empfindung sind. v. Krafft-Ebing und Casper theilen die mit conträrer Sexualempfindung Behafteten in zwei Classen, nämlich in solche, bei denen die Neigung angeboren ist, und in solche, bei denen sie erst erworben wurde. v. Krafft-Ebing glaubt, dass weitaus die Mehrzahl der Fälle der ersten Classe angehören, während Moll[1]) sogar soweit geht, das Vorkommen der erworbenen Form überhaupt zu bestreiten. Nach meinen Krankenbeobachtungen kann ich dieser Ansicht nicht beitreten; von vier Patienten, die an conträrer Sexualempfindung litten, liess sich nur bei einem erbliche Belastung nachweisen, während bei den drei anderen die Krankheit sich ohne jede erbliche Belastung entwickelt hatte. Ich schliesse mich vollkommen der Ansicht Cramer's an, der schreibt:[2]) „Die bisherigen Ausführungen zeigen uns, dass die Basis, von der die Lehre von der conträren Sexualempfindung ausgeht, nämlich die These, dass die Hinneigung zum gleichen Geschlecht angeboren und von Jugend auf vorhanden sei, und also pathologisch sein müsse, durchaus nicht allgemein zutreffend ist, weil eben derartige Neigungen und zwar nicht selten in der Jugend bei solchen Individuen vorkommen, welche sich später als sexuell durchaus normal erweisen."

Allerdings können wir bei den meisten Patienten die Spuren der abnormen Neigung bis in die früheste Jugend zurückverfolgen, aber daraus ohne Weiteres zu schliessen, dass die Neigung angeboren sei, ist sicher voreilig; die ersten zwei bis drei Jahre entziehen sich vollständig unserer Forschung, und da können genug schädliche Einflüsse auf das Kind eingewirkt haben, welche dann die spätere conträre Empfindung vorbereiteten. Ich erinnere nur an das Spielen der kleinen Kinder unter sich, die sich oft genug die Geschlechtstheile betasten, ich erinnere ferner an das durchaus nicht seltene Vorkommniss, dass gewissenlose Dienstmädchen, um die schreienden Kinder zu beruhigen, denselben an den Geschlechtstheilen herumspielen, wenn sie es nicht sonst auch noch thun.

Hierdurch kann sehr leicht die Basis geschaffen werden für eine frühzeitige Erregung des Geschlechtstriebes; das Kind beginnt sehr bald zu onaniren, allmählich lernt es unter seinen Spielkameraden andere kennen, die es ebenso machen, und so bilden sich die Liebesverhältnisse, in denen vielleicht beide Theile von Geburt an gesund

[1]) „Conträre Sexualempfindung", S. 157.
[2]) Siehe „Berliner klin. Wochenschr.", Nr. 44, S. 963.

sind und sich auch im späteren Alter ganz von selbst in ihrem geschlechtlichen Empfinden wieder normalen Bahnen zuwenden.

Ich möchte hier noch einmal Cramer[1]) anführen; derselbe schreibt:

„Dass weiter unter ganz normalen Verhältnissen beim erwachsenen Menschen Handlungen vorkommen, die sich mit dem homosexuellen Verkehr der Urninge decken, dafür will ich noch weiter unten ein oder das andere Beispiel vorbringen.

Auch beim weiblichen Geschlecht beobachten wir, namentlich in Pensionaten, ganz ähnliche Liebesverhältnisse, wie sie uns Hoche schildert. Die Liebe zum anderen Geschlecht bricht auch bei diesen eines Tages siegreich durch, zerstört das Verhältniss und macht aus ihnen muntere Frauen und gesunde Mütter, die in durchaus glücklicher Ehe mit ihren Männern leben."

Cramer's Ausführungen werden durch meine Beobachtungen bestätigt und erlaube ich mir, vier Fälle von conträrer Sexualempfindung, die ich mittelst Suggestion behandelte, anzuführen. Bei ruhiger, nüchterner Betrachtung der Krankengeschichten kommen wir zu dem Schluss, dass die Prognose derartiger Leiden gewiss nicht so ungünstig und so hoffnungslos ist, wie man im Allgmeinen glaubt.

I. 14jähriger Knabe, von Herrn Professor Forel überwiesen, erblich nicht belastet; körperlich gut entwickelt, sodass er für mindestens 18jährig gehalten werden kann. Der Junge war von je ein sehr eifriger Onanist, in der Schule ist er zerstreut, kann seine Gedanken nicht zusammenfassen und ist in solchen Fächern, die ein logisches Denken erfordern, wie Mathematik, stets der Letzte. Ausserdem lügt er in der unverschämtesten Weise und ist unglaublich ungezogen. Vor kurzem hat er auf der Strasse einen kleinen 8jährigen Knaben angegriffen und in ziemlich roher Weise an die Genitalien gefasst, sodass der Kleine krank wurde. Die Sache kam vor Gericht und der Uebelthäter wurde einer Irrenanstalt überwiesen, um dort auf seinen Geisteszustand untersucht zu werden. Nach längerer Beobachtung erklärte der Leiter der Anstalt den Knaben für einen echten Homosexualen und auf Grund dieses Zeugnisses wurde derselbe freigesprochen. Der Knabe wurde nun meiner Behandlung überwiesen. Er gerieth gleich von der ersten Sitzung an in tiefsten Somnambulismus, ich suggerirte ihm zunächst nur Abscheu vor Onaniren, und mit gutem Erfolg. Denn von der vierten Sitzung an hat er nicht mehr onanirt. Ich frug ihn im Laufe der Behandlung in seinem somnambulen Zustand öfters, wann er das letzte Mal onanirt[2]) habe, und die Antwort war stets: „an dem und dem Datum" (4. Sitzung). Dieser seiner Aussage im Somnambulismus glaube ich Ver-

[1]) Berl. klin. Wochenschr., Nr. 44, S. 963.

[2]) Laut Nachricht vom Vater vom 17. XI. 18... ist kein Recidiv eingetreten.

trauen schenken zu dürfen, um so mehr, wie ich sah, dass er auch sonst ein anderer Mensch wurde, er nahm an Gewicht um 12 Pfund zu, bekam frische, rothe Wangen glänzende, klare Augen, und auch der Lehrer bestätigte, dass er sich sehr zu seinem Vortheil verändert habe, seine Gedanken besser zusammenhalte, und in allen Fächern gute Fortschritte mache. Nachdem ich mich auf diese Weise überzeugt hatte, dass er von seinem Laster geheilt sei, begann ich, gegen seine sexuelle Perversion zu suggeriren, indem ich ihm Abscheu und Ekel vor dem Verkehr mit Männern und Zuneigung zum weiblichen Geschlecht einredete. Auch diese Suggestionen wirkten vorzüglich, wenigstens habe ich später die vollgiltigsten Beweise erhalten, dass er geschlechtlichen Verkehr mit Frauen eifrig suchte. Ist nun ein Mensch, der an perverser Sexualempfinden leidet, geheilt, wenn er den Verkehr mit dem anderen Geschlecht eifrig sucht und mit Genuss ausübt? Ich glaube ja. Ich entliess ihn als geheilt, und doch kam ein Rückfall. Er wurde nämlich auf meinen Rath in ein Institut gebracht, aus welchem er nach einiger Zeit wieder entfernt werden musste, weil er wieder ein Attentat auf einen Mitschüler versucht hatte. Ich bin aber trotzdem der Ueberzeugung, dass dieser Rückfall nur eine Folge davon war, dass er seinen übermässig starken Geschlechtstrieb im Institut auf keine andere Weise befriedigen konnte. Hätte er weiblichen Verkehr gehabt, wäre er sicher nicht auf den Gedanken gekommen, seinen Mitschüler anzugreifen. Im Ganzen fanden 98 Sitzungen statt.

II. Junger Mann von 21 Jahren, erblich nicht belastet. Hatte sich stets eigentlich als Mädchen gefühlt und war sich schon in frühester Jugend bewusst, dass er anders sei als seine Spielkameraden, dass er ihren knabenhaften Geschmack und ihre Freude an körperlichen Uebungen, an Spiel und Sport nicht theilte. Am liebsten sass er zu Hause bei seiner Mama, deren einziger Sohn und vergötterter Liebling er war, und beschäftigte sich mit weiblichen Handarbeiten. Als er älter wurde, entwickelte sich ein ausgesprochenes Schauspielertalent, und zwar gefiel er sich ausschliesslich in Frauen- und Mädchenrollen, die er mit geradezu verblüffender Naturtreue zur Darstellung brachte. In seinem Aeusseren ist sonst eigentlich wenig Auffälliges zu bemerken, bis auf sein etwas geziertes Wesen und seine übertriebene Eleganz in der Kleidung; sich fünf- bis sechsmal im Tage umzuziehen, macht ihm Vergnügen. Sonst zeigt sein Gesicht einen männlichen, energischen Ausdruck, er hat schmale Hüften und einen elastischen, sicheren Gang. Ueber die Entwickelung seines Leidens giebt er Folgendes an:

Bereits in früher Jugend zu Anfang seiner Schulzeit wurde er von Kameraden zu wechselseitiger Masturbation verleitet, die er von da an eifrig bis jetzt betrieb. Nie onanirte er allein, sondern immer in Gemeinschaft mit einem Freunde; er fand allmählich eine Anzahl Gesinnungsgenossen, mit denen er in kürzere und längere Verhältnisse einging; die geschlechtliche Befriedigung bestand stets nur in gegenseitiger Masturbation, nie in etwas Anderem. Da er am Verkehr mit Damen gar keinen Geschmack fand und denselben sogar geflissentlich und auffällig mied, fiel sein sonderbares Benehmen endlich auch seinen Eltern auf. Er war die Hoffnung der Familie, der Erbe des grossen Vermögens, das Geschäft sollte auf ihn übergehen, kurz, der Plan einer baldigen Verheirathung wurde ihm nahe gelegt und jeden Tag dringender gemacht. Der Kranke gerieth in Verzweiflung, dachte an Selbstmord, versuchte zweimal den Coitus mit öffentlichen Frauenzimmern, beide Male ohne jeden Erfolg, er wurde beinahe ohnmächtig dabei, kurz, der Kranke

war, da er sich seinen Eltern, an denen er mit grosser Liebe hing, um keinen Preis entdecken wollte, in recht übler Lage. Er wurde nervös, litt an Schlaflosigkeit, Appetitmangel, ging in seinem Kräftezustand sehr zurück und wurde mir in diesem Zustand von Herrn Hofrath Fleiner zugewiesen.

Die Hypnose war bei ihm sofort von der ersten Sitzung an eine tiefe, und in der dritten Sitzung verfiel er in Somnambulismus. Hier war es besonders interessant zu beobachten, wie die Wirkung der Suggestion, die ich ihm gab (Abscheu und Ekel vor dem Verkehr mit Männern, Zuneigung zum weiblichen Geschlecht), sich zunächst in seinem Traumleben äusserte, er beobachtete diese Veränderung selbst mit grossem Erstaunen und Freude und berichtete mir jedesmal gewissenhaft darüber. Seine Träume waren sehr häufig erotischen Inhalts; früher hatte er nur Männergestalten um sich gesehen und mit ihnen in der gewohnten Weise Befriedigung gesucht; allmählich verblassten diese Männergestalten, und nach der 17. Sitzung träumte er, wie er freudestrahlend meldete, das erste Mal von einer Frau. Nun schritt die Besserung rasch vorwärts, er träumte ausschliesslich nur von Frauen, er fühlte, wie eine tiefgreifende Veränderung seiner Denk- und Geschmacksrichtung sich vollzog und nach etwa sechswöchiger Behandlung konnte ich ihn als geheilt entlassen. Für seine früheren Neigungen, die ihn noch vor Kurzem so unglücklich gemacht hatten, besass er kein Verständniss mehr. Noch blieb aber die practische Probe auf seine Heilung übrig. Er reiste deshalb in die nächste grössere Stadt und von da erhielt ich nach einigen Tagen eine Karte, die mir den besten Erfolg meldete. Es fanden im Ganzen 39 Sitzungen statt. Bedenkt man, dass jede Sitzung etwa nur $^3/_4$ Stunden dauerte, dass also der Gesammtschlaf nicht länger als vielleicht 30 Stunden währte, und dass diese 30 Stunden genügten, den Character eines Menschen von Grund aus zu ändern, seinem ganzen Gedanken- und Gefühlsleben eine andere Richtung zu geben, so wird man die Macht der Suggestion würdigen lernen und wird die grossartigen Resultate, die Wetterstrand mit seinem verlängerten Schlafe erzielt, besser verstehen. Ich muss noch hinzufügen, dass der Patient 8 Pfund an Gewicht zugenommen hat, dass er ein so frisches, gesundes Aussehen bekam, wie man es früher nie an ihm, der stets blass und schwächlich gewesen war, bemerkt hatte. Ich habe seither nichts mehr von ihm gehört.

III. Herr von 49 Jahren, von v. Krafft-Ebing zugewiesen, erblich väterlicherseits sehr belastet, hochgradiger Neurastheniker. Er leidet an Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Druckgefühl im Magen, Verdauungsbeschwerden und besonders steter Diarrhoefurcht, die ihm jede Ruhe raubt.

Sein Hauptleiden, welches ihn zu mir treibt, ist seine perverse Sexualempfindung. Er hat seit frühester Jugend stets nur mit seinem eigenen Geschlecht sexuellen Umgang gehabt, der nie anders als durch mutuelle Masturbation ausgeführt wurde. Vor dem Verkehr mit Frauen hat er den grössten Abscheu, ein normaler Coitus ist ihm etwas Undenkbares.

Vor vier Wochen wurde er das Opfer einer Erpressung, ein Herr hatte ihn in ein Hôtel gelockt und ihn dort seiner gesammten Baarschaft, seiner Uhr und seiner Werthsachen beraubt. Er war trostlos und verzweifelt und wollte um jeden Preis von seinen traurigen Neigungen befreit werden.

Er kam zunächst nur in oberflächlichen Schlaf, fühlte aber doch die wohlthätige, angenehme Beruhigung des Nervensystems, freute sich jedes Mal auf die

Sitzung, welche zuerst einmal, später zwei Mal täglich stattfand. Seine neurasthenischen Beschwerden schwanden allmählich, die Stimmung wurde eine vorzügliche. Er wurde ein ganz anderer Mensch und nahm um 12 Pfund zu. Gegen sein eigentliches Leiden aber, gegen seine conträre Sexualempfindung, waren die Suggestionen völlig machtlos. Im Gegentheil, die Suggestionen waren ihm geradezu unangenehm; im Augenblick, wo ich sie ihm gab, kam er sofort aus seinem schönen Ruhegefühl, das er so sehr rühmte und so wohlthuend empfand, heraus, sein Körper bäumte sich förmlich auf, sein Gesicht verzerrte sich, die Athmung wurde beschleunigt, kurz, er bot alle Zeichen hochgradiger psychischer Erregung und es dauerte dann geraume Zeit, bis er sich wieder beruhigte. Er bat mich schliesslich selbst, diese Suggestionen nicht mehr zu geben, da sie ihn nur aufregten. Kurz, ich konnte auf sein Leiden in den 80 Sitzungen, welche im Ganzen stattfanden, keinen Einfluss ausüben. Es ist wahrscheiulich, dass es dennoch möglich gewesen wäre, wenn die Behandlung länger fortgesetzt worden wäre, weil sich auf diese Weise jedenfalls der Schlaf allmählich vertieft hätte; so aber verliess er mich, wohl von seinen neurasthenischen Beschwerden befreit und in ruhiger heiterer Stimmung, er war nicht mehr so zerfahren in seinem ganzen Wesen und hatte seinen inneren Halt wiedergefunden, aber seine conträre Sexualempfindung blieb dieselbe. Nachträglich bemerke ich noch, dass weder das Aeussere des Kranken, noch sein ganzes Wesen und seine tägliche Beschäftigung einen weiblichen Habitus erkennen liessen.

IV. Der folgende Fall, der mir von Herrn Prof. Forel zugeschickt wurde, ist in allen seinen Einzelheiten, auch in seinem therapeutischen Erfolge, dem vorigen durchaus ähnlich. Es handelt sich um einen Herrn aus hochstehender, angesehener Familie, 39 Jahr alt, von blühender Gesundheit und frischem, kräftigem Aussehen. Erbliche Belastung nicht nachzuweisen. Patient verlebte eine mit allen Glücksgütern gesegnete, freudenreiche Jugend und war stets gesund und wohl.

Allmählig kam ihm aber der Gedanke, dass er anders geartet sein müsse wie seine Spielkameraden. Wenn er auch durchaus keinen weiblichen Typus zeigte, so machten ihm doch die Spiele seiner Genossen keine Freude, er mied ihre Gesellschaft, blieb meist still und verschlossen für sich allein, hatte stets mehr Freude an weiblicher Beschäftigung. Später, als er mehr in Gesellschaft kam, lernte er Schicksalsgenossen kennen, die ihn zur gegenseitigen Masturbation verführten. Von da an bestand sein Geschlechtsverkehr nur in dieser Form der Befriedigung, vor Frauen in ihrer geschlechtlichen Bedeutung hatte er stets einen unüberwindlichen Abscheu, obwohl er sonst den gesellschaftlichen Verkehr mit feingebildeten, klugen Damen der grossen Welt durchaus nicht mied. Aber immer mehr bemächtigte sich seiner eine tiefe Verstimmung, ein Gefühl der Verlassenheit und des Alleinseins, er glaubte, dass er keinem anständigen Menschen mehr ins Auge sehen dürfe; dies Gefühl von Beschämung und Erniedrigung quälte ihn um so mehr, als er einen Character von seltener Vornehmheit und ein feines Ehrgefühl hatte. Er fühlte sich sehr unglücklich, litt an Schlaflosigkeit und trug sich mit Selbstmordgedanken.

Ganz ausser Fassung kam er, als er einem Erpresser in die Hände fiel, dessen Verfolgungen er stets zu fürchten hatte. In diesem Zustand kam er zu mir. Auch er verfiel nur in oberflächlichen Schlummer, auch er fühlte die wunderbar angenehme Ruhe, die in jeder Sitzung über ihn kam, aber auch bei ihm blieben die Suggestionen bezüglich der Natur seines geschlechtlichen Leidens völlig wirkungslos. Doch auch

bei diesem Kranken beeinflusste die Hypnose die allgemeine Stimmung auf das Vorzüglichste. Er wurde wieder froh und heiter, lernte es, sich mit seinem Leiden abzufinden und dasselbe als ein Factum, als eine gegebene Thatsache betrachten, an der er keine Schuld trüge, und an der sich nichts mehr ändern lasse. Im Ganzen fanden 53 Sitzungen statt. Dankbar und froh ging er von mir fort und schrieb mir ein halbes Jahr später aus Italien, er hätte sich nie so wohl und glücklich gefühlt wie eben jetzt.

Wir haben also hier vier Fälle von perverser Sexualempfindung, von denen durch Suggestion zwei geheilt wurden, während bei den anderen beiden wenigstens eine Besserung in Bezug auf die Stimmung und das Allgemeinbefinden eintrat, das Leiden selbst aber nicht beeinflusst werden konnte. Wir sahen, dass die Heilungen bei noch jugendlichen Personen eintraten, und dass in beiden Fällen Somnambulismus erzielt werden konnte; daraus geht hervor, dass jugendliche Individuen mehr Aussicht auf Heilung zu haben scheinen, als ältere Personen. Ebenso ist sicherlich die Tiefe des hypnotischen Schlafes von grossem Einfluss; je tiefer der Schlaf, desto wirksamer die Suggestionen und desto wahrscheinlicher die Heilung.

Wenn Binswanger [1]) „das unklare Gebiet der perversen Sexualempfindung trotz der vorliegenden Erfahrungen nicht für geeignet für exacte Forschungen über Heilwirkungen der hypnotischen Suggestion hält, und an der völligen Umwandlung der sexuellen Empfindungen und Neigungen durch Hypnose zweifelt", so sollte er doch dafür, dass er die „vorliegenden Erfahrungen" nicht anerkennt, positive und sachliche Gründe vorbringen; sein subjectiver Standpunkt, „den Aussagen der Patienten über solche Veränderungen keinen Glauben beizumessen", ist kein wissenschaftliches Beweismittel.

Den Angaben des Frh. v. Schrenck-Notzing in seiner Statistik [2]) bei der Suggestionsbehandlung des Onanismus 65 % völliger Heilungen und 25 % Besserungen erzielt zu haben, kann ich nach meinen Beobachtungen nur beistimmen. Der hohe Procentsatz der Heilerfolge mag wohl zum Theil an dem jugendlichen Alter einer grossen Zahl der Patienten liegen, zum Theil vielleicht auch daran, dass ältere Patienten dieser Art meist den lebhaftesten Wunsch und das ernstlichste Bestreben, geheilt zu werden, haben, und deshalb den Suggestionen zugänglicher sind.

Ich erlaube mir nachstehende Krankengeschichte beizufügen, welche

---

[1]) v. Schrenck-Notzing, Die Suggestionstherapie, S. 211.

[2]) Die Suggestionstherapie, S. 75.

besonders bemerkenswerth ist durch die Menge der die eigentliche Krankheitsursache begleitenden, schweren neurasthenischen Erscheinungen und deren rasche und gründliche Beseitigung durch den hypnotischen Schlaf.

Es handelt sich um einen 31jährigen Beamten, der seit seinem 16. Jahre eifrig onanirte und mir von Herrn Prof. Forel zugewiesen wurde. Seine Briefe geben ein deutliches Bild seines Leidens und ich begnüge mich, die Hauptstellen aus dem ersten und dem letzten wörtlich anzuführen:

Erster Brief vom 12. Decbr. 189..

„In meinem 16. Jahre verfiel ich, durch schlechte Gesellschaft angeleitet, in das Laster der Onanie, welchem ich seither ergeben bin. Ich bin jetzt 31 Jahr alt, unverheirathet, und leide an sexueller Neurasthenie. Dieselbe äussert sich folgendermaassen: Jede Aufregung verursacht mir Würgen im Hals und Erbrechen; Asthma, Schweisshände, Gedächtniss- und Geschlechtsschwäche, leichtes Stammeln gegenüber Fremden, Urinverhaltung in Gegenwart Anderer sind Zeichen meiner Neurasthenie. Die Hauptübel aber bilden Samenfluss (mikroskopisch untersucht) und Albuminurie, welch' letztere von Neurasthenie der Nieren herrührt. Mein Arzt hat schon Elektricität und Kühlsonde angewendet und dadurch grosse Besserung erzielt. Leider ist aber meine moralische Kraft in dieser Beziehung so sehr gesunken, dass ich bei aufregenden Gegenständen und namentlich nach Alkoholgenuss die mühsam einige Zeit durchgeführte Enthaltsamkeit aufgebe und in das alte Laster zurückverfalle. Es ist dies ein schwerer Kampf für mich und das Ende ist immer dasselbe deprimirende."

Es fanden 30 Sitzungen statt, er kam in mitteltiefen Schlaf und der Erfolg, der sich sehr rasch einstellte, war ein ausserordentlich guter, seine neurasthenischen Beschwerden schwanden nach wenigen Sitzungen und der Urin wurde frei von Eiweis. Er wurde geheilt entlassen und ich erlaube mir, seinen letzten Brief vom 21. Oct. 189.. auszugsweise anzuführen:

„Ich wollte mit meinem Bericht warten, bis sich vielleicht wieder Zeichen meiner Krankheit einstellen würden. Dies ist jedoch bis jetzt erfreulicher Weise noch nicht eingetreten, ich befinde mich im Gegentheil ausserordentlich wohl und gesund. Die Hauptsache ist mir, dass ich mich so kräftig und frisch fühle wie nie zuvor; ich werde Ihnen, Herr Doctor, ewig dankbar sein für die Wiederherstellung meiner Gesundheit. Nächstes Jahr werde ich wahrscheinlich heirathen."

Hysterie und Suggestion.

Von

Dr. Tatzel-Menzenschwand.

In seinem neu erschienenen Buch „Suggestion und Hypnotismus als Heilmittel“ sagt ein bekannter Gelehrter: „es ist leichter, durch Hypnose einen gesunden Menschen hysterisch zu machen, als dadurch eine Hysterie zu dauernder Heilung zu bringen.“

Ein solches Urtheil richtet sich selbst und man kann ruhig darüber hinweggehen; die Zeiten sind vorbei, wo man sich über den Nutzen der Suggestionstherapie bei Hysterie hin- und herstritt.

Als Erwiderung auf den obigen Ausspruch erlaube ich mir, einige Krankheitsfälle Hysterischer anzuführen, die durch hypnotische Suggestion geheilt wurden, darunter zwei Fälle, in denen eine Reihe tüchtiger Aerzte, sogar jener Gelehrte selbst, sämmtliche Hülfsmittel der modernen Therapie, mit Ausnahme der Suggestion, in erschöpfendster Weise zur Anwendung gebracht hatten, aber ohne Erfolg.

I. Es handelt sich um einen 25jährigen jungen Mann, von kräftigem, blühendem Aeussern, damals Student der Theologie, jetzt Mediciner. Ich lasse hier die von ihm selbst verfasste Krankengeschichte folgen:

„Am 30. Nov. 1892 wurde mir zum ersten Male eine Verdauungsstörung lästig. Der Tag war das Stiftungsfest meiner Verbindung, ich machte im Regen ohne Mantel Mittags einen grösseren, scharfen Ritt und wirkte Abends bei einem Quadrillereiten mit. Nur mit Aufbietung aller meiner Energie und unter Vermeidung jeglichen Getränkes vermochte ich nachher den Commers mitzumachen. Doch glaube ich, dass der Anfang des Leidens noch um 2—3 Wochen zurück zu datiren ist. Mehr als 6 Wochen schleppte ich mich mit einem schweren Darmcatarrh. Zunächst wurde ich vom behandelnden Arzt für einen Simulanten gehalten, er verschrieb mir Mittel auf Mittel, aber ohne mich zu untersuchen. Merkwürdig

war es, dass ich furchtbare Schmerzen bekam beim Gehen und Sitzen im Colleg. nicht aber bei forcirten Bewegungen als Reiten, Schlittschuhfahren, Orgelspielen u. s. w.

Am 13. Jan. 1893 machte ich eine Abendgesellschaft mit, um ½11 Uhr stellten sich rasende Schmerzen ein; ich dachte, sie würden vorübergehen wie die früheren Anfälle und blieb bis ½1 Uhr, ohne mir etwas anmerken zu lassen. Dann aber vermochte ich mich kaum in meine Wohnung zu schleppen. Es entwickelte sich eine sehr rasch verlaufende Perityphlitis, ich fastete 8 Tage und lebte dann noch 4 Wochen lang von nichts anderem als Schinken und frischem Schwarzbrod. Ende Februar reiste ich nach Hause, nachdem ich zuvor Herrn Prof. X. consultirt hatte, der mir sagte, ich dürfe vor der Hand das Bett überhaupt nicht verlassen und nichts geniessen als Milch und Schleim. März und April lag ich zu Hause, stand aber seit Anfangs April täglich zu einem halbstündigen Gange auf. Um meinem Vater den unangenehmen Anblick zu ersparen, erzwang ich die Erlaubniss, im Sommersemester wieder als Student auf meine frühere Universität gehen zu dürfen. Dort lag ich fast den ganzen Tag auf dem Sopha, hatte stets mit Schwindel und Schmerzen zu kämpfen, gehen konnte ich nicht, sitzen ebenfalls nicht, den Verdacht, rettungslos verloren zu sein, konnte ich nicht mehr loswerden. Ich konnte nichts mehr geniessen als 2½ Liter Milch pro Tag, wenn die Schmerzen gar zu empfindlich wurden, setzte ich mit der Nahrung wieder tagelang aus. Am Ende des Semesters schlug mir Herr Prof. H. für die Ferien eine Karlsbader Cur vor, welche ich zu Hause durchführte, doch ohne Resultat. Mein Befinden wurde schlechter und schlechter, ich schlief gar nicht mehr und jede geistige Thätigkeit wurde mir unmöglich. Ich ging wieder nach R., um Prof. H. zu consultiren, aber gleich in der zweiten Nacht stellte sich wieder ein furchtbarer Anfall des früheren Leidens (Perityphlitis) ein, 3 Wochen lag ich in meiner Wohnung, 6 in der medicinischen Klinik des Prof. H., bis ich entlassen wurde.

Schon auf der Heimreise bemerkte ich, dass sich wieder ein Geschwür aussen am Mastdarm bildete, dasselbe wuchs bis auf Walnussgrösse, zertheilte sich aber wieder in Folge Behandlung von Kataplasmen. Nach 14 schmerzfreien Tagen reiste ich am 19. II. 1894 nach St., um mich dort operiren zu lassen. Die Operation wurde am 23. vorgenommen, es wurde der Wurmfortsatz und etwa ein handgrosses Stück vom Netz entfernt. 4½ Wochen lag ich auf einem Fleck, ungebettet, nach 7 Wochen wurde ich als geheilt entlassen, 6 weitere Wochen brachte ich zu Hause zu, mühsam das Gehen wieder lernend. Dann bezog ich die Universität, aber arbeiten konnte ich nicht mehr, ich schlief fast nie. Auf ärztlichen Rath ging ich in die Schweiz und kam aufgeregter wieder zurück als ich gegangen war; abermals derselbe Kampf mit meiner gänzlichen Unfähigkeit zu geistiger Arbeit. Die dreiwöchentlichen Weihnachtsferien brachten auch keine Besserung und in diesem Zustand machte ich mein I. Dienstexamen. Ich schlief während des Examens fest ein, hörte nicht, wie die anderen 11 Candidaten sich erhoben und den Saal verliessen und konnte nur durch energisches Rütteln an der Schulter geweckt werden. Noch 4 Monate später zitterte ich am ganzen Leibe, wenn ich bei Tisch gezwungen worden war, mich nur an einer leichten Conversation zu betheiligen. Dabei galt ich den Uneingeweihten noch immer als das Bild von Kraft und Gesundheit. Das nächste Vierteljahr brachte ich meist im Bett liegend zu Hause zu; schon das Schreiben einer Postkarte überstieg meine Kräfte. 3 Monate war ich in der Schweiz, 2 zur Nachcur auf dem Lande bei Verwandten. Dann bekam ich eine

Stelle in R. Ich war zur geringsten Anstrengung unfähig, manchmal konnte ich mich bei der Predigt auf der Kanzel kaum aufrecht halten; mit der Zeit ging es wieder etwas besser, aber bald folgten ohne sichtbaren Grund Rückfälle. Später kam ich nach Sch. Dort ging es mit mir immer mehr zurück, der Schlaf wurde schlechter, Magenschmerzen stellten sich ein, sodass ich Mittags um 12 Uhr noch nicht wagen durfte mich zu bücken, aus Furcht, das um 8 Uhr genossene Frühstück wieder zu verlieren. Ich litt schrecklich an Blutandrang zum Kopf. Durch einen Zufall wurde ich auf die Suggestionstherapie aufmerksam. Zuerst wandte ich mich an Herrn Prof. Forel in Zürich, wurde aber von ihm an Herrn Dr. Tatzel gewiesen. 8 Wochen war ich in St. Blasien und wurde 38mal hypnotisirt. Die paar ersten Male konnte ich von einer Beeinflussung kaum etwas verspüren, allmählich aber beruhigten sich die Gedanken und eine wohlthuende Ruhe ergoss sich über meine Glieder. Beim sechsten Male schlief ich schon ein wenig. Schon in der dritten Woche aber trat ein Rückfall ein, ich war nicht mehr in Schlaf zu bringen, schlief auch des Nachts bedeutend schlechter und auch die Aufregung kehrte wieder zurück, noch gesteigert durch mein und des Arztes Zweifel am Gelingen. Von der 27. Sitzung an schlief ich aber wieder während der Hypnose und damit wurde auch der nächtliche Schlaf besser. Von jetzt an ging es stetig bergauf. Wohl kamen wieder Tage, wo der Schlaf während der Hypnose nicht kommen wollte, die Geräusche auf den Gängen des Hôtels mochten mit Schuld daran sein; der Schlummer währte wohl auch nie länger als 5 Minuten und war nur leicht, aber immer, ob ich schlief oder nicht, erhob ich mich mit dem Gefühl des angenehmen Wohlseins und eingetretener Beruhigung. Am auffallendsten zeigte sich die Besserung beim Nachtschlaf, auch nach anstrengenden und aufregenden Tagen, z. B. auf der Reise, vermochte ich gut zu schlafen. Als mein Urlaub abgelaufen war, hatte ich das Bewusstsein, wenn auch noch nicht ganz gesund, so doch bedeutend gebessert zu sein, und ich bin überzeugt, hätte ich noch weitere 8 Wochen zur Verfügung gehabt, so wäre ich von meiner fünfjährigen Krankheit gänzlich befreit worden. Ich habe diesen grossen und unerwarteten Erfolg einzig und allein der Hypnose zu verdanken. An sorgfältiger Behandlung meines Nervenleidens hat es während der letzten 3 Jahre nicht gefehlt. Ich wurde von verschiedenen Autoritäten ersten Ranges berathen, aber jeder stand dem Leiden rathlos gegenüber und musste sich darauf beschränken, mich auf die Zukunft zu vertrösten. Ich kann mich in die Rolle eines gesunden Menschen noch nicht recht hineinfinden; dass noch ein Rest vom alten Sauerteig geblieben ist, fühle ich wohl, aber es ist, als ob der dichte Schleier, der über meinem Gehirn ausgebreitet lag, durch einen leichteren und durchsichtigeren ersetzt worden wäre."

Soweit der Bericht des Kranken, man sieht, es ist ein recht inhaltreiches Capitel. Sein Wunsch, die Cur verlängern zu dürfen, wurde erfüllt, wenige Wochen später traf er zur Fortsetzung derselben wieder bei mir ein. Nun ging es rasch vorwärts mit ihm, er kam in tiefen hypnotischen Schlaf, fühlte sich jeden Tag kräftiger und widerstandsfähiger und konnte nach 6 Wochen als geheilt entlassen werden. Er studirt jetzt in Bern Medizin und erst unlängst erhielt ich einen sehr vergnügten Brief von ihm, es geht ihm vollkommen gut.

II. Junge Frau von einigen 20 Jahren, mütterlicherseits erblich belastet, hat 3 normale Geburten durchgemacht.

Ueber die Anamnese sagt der Bericht des Hausarztes, der die Dame bereits seit 9 Jahren behandelt, folgendes:

„Patientin stammt aus reicher Familie, ist eine sehr verwöhnte grosse Dame; sie ist Hysterica ersten Ranges, die sich darin gefällt, möglichst abwechselungsreiche Krankheitsbilder darzubieten und von Arzt zu Arzt zu wandern. Psychische Behandlung vermochte wohl einzelne Beschwerden verschwinden zu machen, für die jedoch prompt andere eintraten. Auch ich dachte an Hypnose, wagte jedoch nicht, dieselbe anzuwenden, weil ich Bedenken hatte, der sozusagen mit Autosuggestionen geladenen Patientin noch weitere zuzuführen, besonders, da die Behandlung nur eine ambulante sein konnte. Vor ihrer Verheirathung hatte die Patientin Fluor albus und eine Anteflexion, welche die spontane Urinentleerung hinderte. Patientin wurde damals, soviel ich weiss, in einer Frauenklinik operirt. Nach ihrer Verheirathung war der Uterus so stark retroflectirt, dass er ein Conceptionshinderniss abgab. Er wurde in der Zeit vor den Menses nach dem Verfahren von Thure Brandt gerade gestellt und die Patientin concipirte. In der neuesten Zeit klagt sie sehr über Ausfluss."

Soweit der Bericht des Hausarztes.

Als sie das erste Mal bei mir erschien, sah ich eine kleine, entsetzlich magere, elende Frau vor mir, die am ganzen Körper bebte und zitterte und vor Angst und Aufregung kein Wort sprechen konnte. Ihr Mann erklärte mir die weitere Entwickelung des Leidens. Die Frau sei nie so recht gesund gewesen, aber die jetzige Krankheit bestände erst seit 2 Jahren. Es habe sich langsam in allen Gliedern ein Zittern und fortwährende, blitzschnelle Bewegungen choreatischer Natur gebildet, welche allmählich den jetzigen traurigen Zustand erzeugt und die sich zu einem unerträglichen Grade gesteigert hätten. Die Kranke könne nichts mehr in der Hand halten, nichts mehr anfassen, nicht sitzen, nicht stehen, nicht schlafen und nicht essen, da sie den Löffel nicht selbst zum Munde führen könne des heftigen Zitterns wegen. Er hätte die Kranke von einem Specialarzt zum anderen, von einem Curhaus ins andere, geschickt, ich sei jetzt der dreissigste Arzt, der consultirt würde. Endlich hätte er sich an Herrn Prof. Forel gewandt und derselbe hätte ihn an mich gewiesen.

Während ich so mit dem Mann sprach, sass die Frau da mit zitternden Lippen, einem steten Zucken und Zwinkern im Gesicht, Finger und Hände in blitzschnellen Bewegungen damit beschäftigt, die Armbänder, Ringe und sonstige Schmucksachen unaufhörlich an- und abzuthun, sie sah furchtbar elend und abgezehrt aus. Die Untersuchung von Herz und Lunge ergab nichts Abnormes, ebensowenig die des Nervensystems, hysterische Stigmata waren keine vorhanden.

Sie war gleich von Anfang an eine meiner besten Somnambulen. Die ersten Tage musste ich sie selbst füttern und konnte eine geringe Nahrungsaufnahme nur mit Aufbietung aller Energie erzwingen; es trat ein Krampf des Sphincter vesicae ein, sodass ich dreimal täglich katheterisiren musste, doch alle diese Erscheinungen verloren sich nach den ersten 14 Tagen. Wohl traten später noch einige kleinere Rückfälle auf, doch vergingen auch diese prompt und schnell auf entsprechende Suggestionen. Das Zittern verschwand nach den ersten 4 Wochen gänzlich. Ich versetzte die Kranke in verlängerten Schlaf, indem ich sie täglich von 9—12 Uhr und von 2—6 Uhr in Hypnose liess und nur etwa alle Stunden einmal das Zimmer betrat, um die nöthigen Suggestionen zu geben, welche meistens in den Befehlen angenehmer Nervenruhe, guten Appetites und guten Schlafes bestanden. Diese Suggestionen

wirkten überraschend günstig, die Kranke konnte nicht genug schildern wie frisch und wohl sie sich jedesmal nach dem hypnotischen Schlafe fühle. Nach achtwöchentlicher Behandlung konnte ich sie als geheilt entlassen, sie hatte um 12 Pfund zugenommen und die blasse, abgezehrte Kranke von ehemals war in der kräftigen, blühenden jungen Frau von jetzt nicht mehr zum Wiedererkennen. Häufig erhalte ich Nachrichten von ihr, die alle gleich günstig lauten.

III. Frau Oberin N. H., Vorsteherin eines Stiftes für kranke Damen, 59 Jahre alt, wurde mir von dem Patienten, dessen Krankengeschichte ich als erste schilderte, zugeführt. Die Dame war früher ihr ganzes Leben hindurch stets von einer ausserordentlichen Energie und Arbeitsfreudigkeit gewesen, Krankheit kannte sie gar nicht, sie arbeitete unermüdlich von früh bis Abends im Haushalt des Stiftes, der ihr Mühe und Sorge genug bereitete.

Bei der grossen Epidemie des Jahres 1890 bekam sie die Influenza, die sie zwar glücklich überstand, deren Folgen aber verhängnissvoll werden sollten. Kaum war sie von ihrem Krankenlager aufgestanden, so fühlte sie eine zunehmende Schwere in den Beinen, sodass sie schliesslich nicht mehr gehen konnte, sondern sich nur mühsam einige Schritte schleppte. Dabei fühlte sie gar keine Schmerzen, nur eine unüberwindliche Müdigkeit und Kraftlosigkeit. Diese Krankheitserscheinungen besserten sich allmählich und waren nach einem Jahre etwa ganz verschwunden.

Mit neu erwachtem Muthe huldigte nun die Genesene ihrem Lieblingssport, nämlich Fusstouren in den schweizerischen und österreichischen Alpen; sie machte die grössten Gletscherparthien mit Leichtigkeit und kehrte jedesmal gestärkt und erfrischt von ihren kurzen Sommerferien heim. Vor 2 Jahren traute sie sich aber einmal zu viel zu; sie machte in dem tiroler Alpen an dem einen Tage bei brennender Sonnenhitze einen Marsch von 15 Stunden, am nächsten Tage unter den gleichen Umständen einen solchen von 11 Stunden, und das war zu viel. Als sie am anderen Morgen aufstehen wollte, fühlte sie dieselbe Müdigkeit und Schwäche wieder wie nach ihrer Krankheit, nur noch stärker. Sie konnte keinen Schritt mehr gehen und musste mühsam in ihre Heimath zurückgebracht werden. Seit der Zeit blieb ihr Zustand mit wenig Aenderungen derselbe; manchmal kamen bessere Tage, manchmal schlechtere, aber mit der Arbeitsfähigkeit war es vorbei.

Endlich entschloss sie sich, als sie die Nachricht von der Heilung jenes Kranken, ihres Verwandten, erhielt, zu einer hypnotischen Cur. Sie war von den ersten Sitzungen an eine gute Somnambule und die Besserung ihres Leidens wurde von Tag zu Tag deutlicher und entschiedener und nach 23 Sitzungen konnte sie als völlig geheilt entlassen werden. Sie hat ohne jede Ermüdung stundenweite Wege mit mir gemacht. Vor wenigen Tagen erhielt ich einen Brief von ihr, worin sie die Dauer der Heilung freudig bestätigte.

IV. Frau H. aus N. einige 50 Jahre alt, stattliche, robuste Erscheinung, kam zu mir am 30. April 189*; ihr Aussehen liess wirklich auf keine Krankheit schliessen.

Sie war auch ganz gesund bis auf eine Art hysterischen Niesskrampfes, der ihr das Leben nicht wenig verbitterte. Wann und wie das Leiden entstanden war, konnte sie nicht mehr genau angeben. Sie wusste nur, dass es sich aus kleinen, unmerklichen Anfängen langsam herangebildet und zu der jetzigen Heftigkeit und Unerträglichkeit gesteigert hatte. Das Leiden ähnelte in einer Beziehung dem der

Stotterer, nämlich insofern, als es sich zu Hause, im gewohnten Verkehr mit vertrauten Personen, Mutter, Verwandte, Dienstboten, wenig oder gar nicht zeigte, während es sofort und zwar mit erstaunlicher Heftigkeit auftrat, sobald sie eine fremde Gesellschaft besuchen wollte. Sie brauchte nur die Thür aufzumachen und in den fremden Salon einzutreten, sofort überfiel sie ein nicht zu unterdrückender, fürchterlicher Niesskrampf, der ihr die Thränen in die Augen trieb, ihr den Athem raubte, so dass sie keines Wortes mächtig war und schleunigst den Rückzug antreten musste. Je gewaltsamer sie diesen fatalen Niesskrampf zu unterdrücken suchte, desto heftiger trat er auf. Endlich wurde ihr dadurch jeder gesellschaftliche Verkehr unmöglich und sie lebte die letzten Jahre allein und abgeschlossen für sich und ihre Mutter.

Alle Kuren wurden gebraucht, es gab in der näheren und weiteren Umgebung keinen Specialarzt, der nicht consultirt worden wäre, aber alles umsonst.

Gleich in den ersten Tagen der Behandlung wurde sie eine gute Somnambule, sie hat während ihres ganzen Aufenthaltes bei mir keinen Anfall gehabt; am 17. Mai konnte ich sie nach 18 Sitzungen als geheilt entlassen; die Dauer der Heilung wurde mir durch spätere Berichte bestätigt.

Ein Fall von spontanem Somnambulismus auf hysterischer Grundlage mit schnellster Heilung durch hypnotische Suggestion.

Von

Dr. **Axel Sjöström**-Köln.

Wenn ich mir erlaube, in Folgendem einen Einzelfall aus meiner Praxis zu bringen, so geschieht dieses einerseits, weil mir dieser selbst mit seiner aussergewöhnlich raschen Heilung grösseres Interesse zu bieten scheint, dann insbesondere, weil sich im Gegensatz zu der verkehrten, immerhin aber sowohl unter Laien wie Aerzten noch häufig genug anzutreffenden Idee, als bilde die Hysterie das hauptsächlichste und dankbarste Feld der hypnotisch-therapeutischen Thätigkeit, umgekehrt in unserem Lager eine vielleicht übertriebene Hoffnungslosigkeit gegenüber den Heilungsaussichten bei Hysterischen herausgebildet hat, die leicht dahin führen könnte, nach den ersten Versuchen den Muth zu verlieren und die Behandlung abzubrechen. Noch vor Kurzem erinnerte Delius in der 1. Nummer dieses Bandes unserer Zeitschrift an die von Ringier gemachte Unterscheidung der Hysterischen in solche, welche nur autosuggestibel lediglich ihren eigenen, sie krank machenden Vorstellungen unterliegen, und solche, welche überhaupt suggestibel sich ausserdem auch der Fremdsuggestion zugänglich zeigen. Mag bei der ersten Gruppe nicht viel zu wollen sein, das thatsächliche Bestehen der zweiten, wenn auch vielleicht recht kleinen, macht es uns zur Pflicht, immerhin den Versuch zu machen und auch die Flinte nicht zu früh ins Korn zu werfen; überraschend glänzende Heilungen werden dann unter Umständen für die anderweitig fruchtlos aufgewandte Mühe und Zeit entschädigen.

Meine Patientin, eine Frau von 36 Jahren. ist hereditär schwer belastet. Zwar lebt der Vater noch und soll gesund, aber von sehr aufgeregtem Temperamente sein. Ihre Mutter starb nach einem Wochenbett an einem Gehirnleiden; von 5 Geschwistern sind 4 in der Kindheit an Krämpfen gestorben; die einzige mit ihr überlebende Schwester ist angeblich gesund. Pat. selbst leidet seit ihrem 17. Lebensjahr an Krämpfen, die im Anschluss an ein Brandunglück im Nachbarhause und den hierbei ausgestandenen Schrecken, und zwar 8 Tage nach diesem Vorfall zum ersten Mal auftraten, früher aber „anders“ (wie hat sie mir nicht recht beschreiben können) verliefen als seit ihrer Verheirathung, und die mit jedem Wochenbett schlimmer wurden. Sie hat 8 Kinder geboren, davon 6 am Leben. Der älteste Sohn litt vor 2 Jahren an Veitstanz, so dass er deshalb 1/4 Jahr die Schule versäumen musste; ein anderer 11jähriger ist seit ganz kurzer Zeit von ähnlichen Zufällen wie die Mutter heimgesucht, was vielleicht auf psychische Infection bezw. Nachahmungstrieb zurückzuführen sein dürfte; übrigens zeigt dieser Knabe eine merkwürdige, kielförmige Schädelbildung; das kleinste Kind ist auffallend schreckhaft; alle Kinder lernten sehr spät laufen.

Von körperlichen Krankheiten litt oder leidet Pat. an Lungenkatarrh, Gallensteinkoliken, Gebärmutterkatarrh; auch hat sie sich einer gynäkologisch-operativen Behandlung vor Jahren unterzogen, welche anscheinend in Resection eines Stückes der Portio bestand. Hysterische Stigmata wie bestimmt begrenzte Anästhesien oder Hyperästhesien sind nicht mit Deutlichkeit nachzuweisen.

Pat. hat schon vor 8—10 Jahren anderen Ortes hypnotische Behandlung versucht, doch ohne Erfolg, da der Arzt keinen Einfluss über sie gewann, sie im Gegentheil stets seinen Suggestionen entgegenhandelte.

Als ich Pat. am 9. März dieses Jahres zum ersten Mal in Gesellschaft ihres Hausarztes besuchte, bekam sie gerade während unserer Anwesenheit einen Anfall. Sie verändert plötzlich ihren Gesichtsausdruck und ihre Sprache, wechselt das Unterhaltungsthema und wird — entgegen ihrem vorherigen freundlichen, verständigen und bescheidenen Benehmen — ausfallend gegen den Collegen. Dann schliesst sie die Augen, ein leichtes Zittern durchläuft ihren Körper, es folgen grössere Zuckungen, und dann tritt mässige Katalepsie der Arme ein. Sie unterhält sich in letzterem Tone (untermischt mit einem gewissen Humor) weiter, steht auf, wechselt den Platz und schreibt mit geschlossenen Augen. Ich befehle ihr jetzt energisch, die Augen zu öffnen und mich anzusehen. Sie thut es; die Pupillen sind hochgradig verengt, die Augäpfel nach oben gerollt. und sie erklärt, nichts sehen zu können, während sie mit geschlossenen Augen Alles sähe (thatsächlich musste sie vorher. um meinen Ehering zu „sehen“, denselben befühlen). Ich erkläre ihr. auf's Sehen käme es auch gar nicht an, sie höre mich wenigstens sehr gut und müsse meinen Befehlen gehorchen. Ich schliesse dann ihre Augenlider, suggerire tiefen, ruhigen Schlaf, allgemeines Wohlbehagen. absolutes Wohlbefinden nach dem Erwachen. das nur auf meinen Befehl, dann aber prompt zu erfolgen habe. und wecke sie durch Anruf. Der Anfall hat vielleicht 5 Minuten. die daran angeknüpfte Hypnose 1 Minute gedauert.

Die Anfälle selbst, die täglich mehrmals auftreten, sollen meist ähnlich verlaufen (nur dass sie sonst stets allgemeine Abspannung und Kopfschmerzen zurücklassen), aber es tritt auch gelegentlich ohne wahrnehmbare Krämpfe eine Bewusstseinsänderung ein, nur characterisirt durch Veränderung des Gesichtsausdrucks und

der Stimme, sowie dadurch, dass Pat. hinterher Alles vergessen hat. Auch des Nachts, wo sie stets unruhig schläft, verlässt sie zuweilen das Bett und wandelt umher; sie vollführt dann allerhand Unfug, schlägt ihre Angehörigen, auch ihren Mann, an dem sie sonst mit grösster Zuneigung hängt, verzehrt alle vorhandenen Speisevorräthe und hat einmal sogar in den Kleidern ihres Mannes das Haus verlassen. Nie entsinnt sie sich im Wachzustande des Vorgefallenen, mit grösster Genauigkeit aber im nächsten Anfall. Des Morgens ist sie meist kaum zu wecken; geschieht dies mit Gewalt, so ist sie in der Regel geistesabwesend.

Am 14. März nehme ich die Pat. in Behandlung. Nachdem ich ihr klar gemacht, dass die Hypnose eigentlich nichts anderes sei wie ihr zweiter Bewusstseinszustand, nur mit dem Unterschiede, dass dann mein heilender Einfluss dazu käme, indem ich den Verlauf beliebig regeln könne, während das Krankhafte bei ihr eben in dem spontanen Auftreten der Anfälle bestehe, hypnotisire ich sie in kürzester Zeit. Sie verfällt in das tiefste somnambule Stadium: Katalepsie, automatische Bewegungen, Anästhesie werden mit Leichtigkeit hergestellt. Ich suggerire ihr: dieser traumähnliche Zustand kann nur noch in meiner Gegenwart und auf meinen Wunsch, nie mehr von selbst — und dann auch stets ohne Aufregungsstadium, ohne Krämpfe u. s. w. — eintreten, und das Verhalten der Pat. muss sich während desselben ganz meinen Befehlen unterordnen. Des Abends soll sie zeitig müde werden, die Nacht fest durchschlafen, des Morgens von selbst wach werden und frisch und munter sein. Weitere Suggestionen: Allgemeines Wohlbehagen und seelische Ruhe während der Hypnose, völlige Euphorie und Amnesie nach derselben. Alles wird realisirt. Ich habe Pat. dann 14 Tage lang täglich mit Ausnahme der Sonntage, später nur noch ab und zu einmal hypnotisirt und dabei im Grossen und Ganzen dieselben Heilsuggestionen wiederholt, wobei die Dauer der einzelnen Sitzung in der Regel 15 bis 20 Minuten betrug.

Die Anfälle sind seit dem ersten Tage der Behandlung nie wiedergekehrt. Auch schläft Pat. des Nachts fest und ruhig, ist des Morgens, wo sie von selbst erwacht, frisch und tagsüber so leistungsfähig wie nie zuvor, so dass ich nicht anstehe, die Pat. als von ihrem 20jährigen Leiden geheilt zu betrachten.

Während der Behandlung wurden ihr die verschiedensten posthypnotischen Aufträge, darunter solche auf längere Sicht ertheilt und sammt und sonders prompt realisirt. Dabei wurde deutlich beobachtet, dass Blick und Sprache jedesmal wieder etwas eigenthümlich Starres annahmen, so dass die Frau im Momente der Realisirung stets in einen dem hypnotischen mehr oder weniger ähnlichen Zustand zurückversetzt erschien, der aber nach Vollendung des Auftrages sofort von selbst einem völlig normalen Platz machte.

Nebenbei sei erwähnt, dass ich Ende März auch den 11jährigen Sohn, der an ähnlichen Krämpfen litt, in Behandlung nahm; auch bei ihm blieben die Anfälle nach der ersten Sitzung definitiv aus; ich habe ihn im Ganzen überhaupt nur 3 Mal vorgenommen.

Zur Methodik der hypnotischen Behandlung.

Von

Korbinian Brodmann.

(Vierte Fortsetzung.)

B.

Wenn die psychische Vorbereitung beendet ist und die Annahme berechtigt erscheint, dass bei dem Kranken alle irrigen Ansichten beseitigt und alle Zweifel überwunden sind, dass sich nunmehr der Kranke rückhaltlos und ohne gemüthliche Erregung der Hypnotisation hingeben wird, gehen wir zum ausführenden Theil der hypnotischen Behandlung über.

Bei der Schilderung dieses Abschnitts wollen wir diejenige der räumlichen und zeitlichen Gestaltung der Behandlung von derjenigen der technischen Ausführung trennen. Für das Gelingen der Hypnose kommen beide Momente in Betracht.

a. Die räumliche und zeitliche Gestaltung der Behandlung.

Wie sehr das Einschlafen von äusseren Verhältnissen, von örtlichen und zeitlichen Bedingungen abhängig ist, haben wir bereits bei der Genese des spontanen Schlafes eingehend erörtert. Dass dieselben Factoren bei der Entstehung eines künstlichen d. h. willkürlich herbeigeführten Schlafes ihren Einfluss geltend machen können, versteht sich bei der nahen Verwandtschaft beider Zustände von selbst.

Die Oertlichkeit vermag in hohem Maasse — dies gilt vorwiegend von den Anfangshypnotisirungen — störend resp. fördernd auf

das Zustandekommen eines hypnotischen Schlafes zu wirken. Je mehr wir der Eigenart eines Individuums, bestimmten Gewohnheiten etc. Rechnung tragen, ohne natürlich Capricen und wechselnden Launen nachzugeben, desto grösser wird unser Erfolg sein. Zahlreiche erfahrene Aerzte haben für die Beachtung dieser Momente plaidirt, leider ohne den nöthigen Anklang unter den Practikern zu finden. Was die örtlichen Bedingungen anbelangt, so kann man hier zwei Methoden unterscheiden: die Gruppen- und die Einzelbehandlung. Beide Formen sind uns von van Renterghem in dieser Zeitschrift geschildert worden. Wetterstrand hat in comfortabler Form die Gruppenbehandlung ausgebildet und Forel glaubt, dass dieser hervorragende Hypnotherapeut seine erstaunlichen Heilerfolge, abgesehen von den „hervorragenden persönlichen Eigenschaften", nicht zum geringsten Theil auch der „Vollkommenheit seiner Methode und seiner practischen Einrichtungen" verdanke. Eine Einrichtung zur Ausübung isolirter Behandlung stellt die psychotherapeutische Klinik van Renterghem's in Amsterdam dar, die auch ihrem Exterieur nach als eine Musteranstalt bezeichnet werden darf. Schon das Beispiel dieser Männer und ihre Erfahrungen müssten uns verpflichten, unsere Patienten auch äusserlich unter solche Bedingungen zu setzen, welche das Gelingen der Hypnose erleichtern. In erster Reihe ist für eine gewisse Bequemlichkeit der zu Hypnotisirenden und für thunlichste Ruhe der Umgebung zu sorgen. Bei Erstlingshypnosen darf man, selbst auf Kosten aussergewöhnlicher Aufwendungen, specielle Wünsche nicht unberücksichtigt lassen. Wir werden deshalb gut thun, Vogt darin zu folgen, Anfänger stets getrennt von anderen Patienten in einem separaten Raum und nur im Beisein einer vertrauten Person, gegenüber welcher der Kranke keine Scheu hat, zu hypnotisiren. Dabei ist es bei den ersten Versuchen dringend geboten, eventuellen Klagen über irgend welche das Einschlafen störende Momente, wie unbequemes Lager, abnorme Temperatur, grelles Licht, lärmende Geräusche und Aehnliches sehr wohl Gehör zn schenken und auf Abstellung der Schädlichkeiten bedacht zu sein. Am meisten Rücksicht verlangen in dieser Hinsicht jene überempfindlichen, reizbaren nervösen Naturen, mit denen der Psychotherapeut so häufig in Berührung kommt. Wir müssen vor Allem dafür sorgen, dass möglichst wenig Sinnesreize auf dieselben einwirken, um die Concentrirung der Aufmerksamkeit, die bei ihnen an sich sehr erschwert ist, nicht beständig durch ablenkende Empfindungen zu stören.

Weniger Umstände erfordern Kranke, die bereits öfters hypnotisirt

wurden und rasch die Schlafsuggestionen realisiren. Für solche Patienten, wie überhaupt für eine vielseitige und umfangreiche Praxis, sind daher gemeinsame Hypnosen zu empfehlen. Dieselben erfordern aber neben der Rücksicht auf die allgemeinen äusseren Schlafbedingungen, unter denen in erster Reihe Ruhe, mässig verdunkeltes Zimmer, bequemes Lager, behagliche Temperatur, nicht beengende Kleidungsstücke etc. genannt werden sollen, im Interesse der ärztlichen Discretion noch ganz besondere Cautelen, welche leider nicht immer beobachtet wurden und unter Umständen z. B. in Polikliniken auch nur schwer oder gar nicht durchführbar sind.

Zunächst soll man, wo es angeht, bei Gruppenhypnosen streng an der Trennung der Geschlechter festhalten. Es müssen zu dem Zweck zwei gesonderte, von einander abgeschlossene Schlafräume zur Verfügung stehen und diese haben, um alle Nachtheile der gemeinsamen Hypnosen thunlichst zu vermeiden, wiederum gewisse technische Anforderungen zu erfüllen. Wir wollen uns hier die Einrichtungen zum Vorbilde nehmen, wie sie Vogt für seine Gruppenbehandlungen zur Zeit getroffen hatte, als ich ihm assistirte. Die Hypnosenzimmer sind durch verstellbare Scheidewände, deren Zahl je nach Bedürfniss beliebig variirt, in eine Reihe kleiner nach der Zimmermitte zu sich öffnender Schlafcabinen eingetheilt, in deren jeder ein eigens construirtes Hypnosenbett oder auch ein Fauteuil mit verstellbarer Rückenlehne sich befindet. Ausser dieser Ruhestätte für den zu Hypnotisirenden hat noch ein Stuhl für den Arzt darin Platz. Die kleinen Zellen sind durch Portièren gegen die Mitte des Zimmers zu verschliessbar, so dass kein Kranker von dem anderen gesehen werden kann und auch specielle suggestive Eingriffe des Arztes völlig unbeachtet bleiben. Hier versammeln sich zu festgesetzten Tagesstunden die Kranken; Jeder nimmt in der für ihn reservirten Abtheilung Platz und macht sich für die Hypnose zurecht. Der Hypnotist geht dann von Patient zu Patient, giebt Jedem mit lauter oder gedämpfter Stimme zunächst die dem einzelnen Fall angepassten Schlafsuggestionen und sobald eine Beeinflussung eingetreten ist, mit murmelnder, für die Umgebung unverständlicher Stimme oder in Flüstersprache die entsprechenden therapeutischen Suggestionen. Nicht selten ereignet es sich, dass bei dem Einen oder Anderen in Folge der Massenwirkung der Suggestionen oder der „indirekten Suggestionen“ (Moll) der Schlaf sich bereits einstellt, bevor man sich noch speciell mit ihm beschäftigt hat; man kann sich in solchen Fällen mit einigen, auf die Fortdauer des Schlafes bezüglichen

Suggestionen begnügen oder aber man lässt den Betreffenden ungestört weiter schlafen. Wenn die Runde beendet ist, geht der Arzt weg und überlässt die Schlafenden sich selber. Sie bleiben je nach Uebereinkunft eine, zwei oder gar drei Stunden liegen. Manchmal macht sich allerdings eine wiederholte Controle oder eine dauernde Beaufsichtigung nöthig; der Hypnotiseur wendet sich dann von Zeit zu Zeit, nachdem er sich des Rapportes versichert hat, an die einzelnen Hypnotisirten, giebt ihnen in flüsternder Sprache die erforderlichen Suggestionen und zum Schlusse den Befehl, ruhig zu liegen und nicht aufzuwachen, bis sie geweckt werden. Dass bei diesem Modus die eine Person kürzere Zeit schlafen kann als die andere oder auch gelegentlich Jemand von selbst aufwacht und dann weggeht, bildet durchaus keinen Grund dafür, die gemeinsamen Hypnosen ganz aufzugeben; sie bieten immerhin noch ganz unverkennbare Vorzüge, die durch eventuelle Nachtheile nicht aufgewogen werden.

Die Vortheile der Gruppenbehandlung sind verschiedenartige und beziehen sich zum Theil auf den Arzt, zum Theil auf die Kranken. Für den Arzt bietet dieses Verfahren in erster Linie eine ganz ungeheure Vereinfachung und Zeitersparniss. Dies vermag nur derjenige richtig zu beurtheilen, der ein Mal in der Lage war, täglich Dutzende von Personen mehrmals zu hypnotisiren. Ausserdem geniesst der Arzt gegenüber den Frauen den Vorzug, stets in Gegenwart von Zeugen zu hypnotisiren; er schützt sich also durch gemeinsame Hypnosen des weiblichen Geschlechts vor allen jenen Unannehmlichkeiten, mit denen die Hypnotismusliteratur hinreichend Bekanntschaft gemacht hat. Die Patienten ziehen ebenfalls manchmal Nutzen aus der Gruppenbehandlung, indem hier der günstige Einfluss der Imitation und der suggestiven Athmosphäre am wirksamsten zur Geltung gelangt und nicht selten Personen, an denen sich alle Mühe des Hypnotisten in Einzelsitzungen vergeblich erschöpft hat, in Gemeinschaft mit anderen Kranken sofort tief einschlafen. Gewisse Hypochonder und ängstliche Kranke mit ganz leichtem, oberflächlichem Schlaf verlangen sogar häufig gemeinsam hypnotisirt zu werden, da allein das Bewusstsein, Leidensgenossen in ähnlicher Lage zu haben resp. in Gesellschaft zu sein, einen beruhigenden Einfluss auf sie auszuüben vermag.

Den Vorzügen der Gruppenhypnosen stehen aber auch ganz entschiedene Nachtheile gegenüber, die unter Umständen sogar eine Contraindication ausmachen können. Ausgeschlossen sind zunächst solche Personen, welche in Folge nervöser Hyperakusis, übertriebener

Prüderie oder zu grosser Neugier sich und andere stören; doch pflegen sich derartige Eigenthümlichkeiten meist rasch zu verlieren. Ferner schliessen sich ganz besonders solche Kranke aus, die zu somnambulen Träumen etc. neigen. Ueberhaupt eignen sich diese Typen, soweit hypnotische Behandlung indicirt ist, nur zu ganz kurzen Hypnosen und erfordern während derselben eine beständige Beobachtung, welche bei Gruppenbehandlung mit vielen Schwierigkeiten verknüpft wäre. Das Gleiche gilt von manchen Kranken, deren Schlaf bald oberflächlich wird und die sich dann hypochondrischen Grübeleien hingeben. Ein weiteres Hinderniss für die Durchführung dieser Gruppenbehandlung bilden natürlich Krankheiten, die peinlichste Discretion neben intensiven suggestiven Eingriffen verlangen; man wird hier zum Zweck nachhaltiger Suggestionirung, z. B. bei sexuellen Störungen, wenigstens zeitweise zu Separatsitzungen seine Zuflucht nehmen müssen. Dauerschlaf mit absoluter Bettruhe, sowie jede Form des protrahirten Schlafes, die den grössten Theil des Tages ausfüllt, lässt sich natürlich ebenfalls nur in einem gesonderten Schlafzimmer durchführen. Ebenso ist natürlich jede Analyse der psychopathologischen Erscheinungen mit Hülfe des eingeengten Bewusstseins nur in der Einzelhypnose möglich. Neben diesen Schwierigkeiten soll nun die Gruppenbehandlung auch directe Gefahren für die hypnotische Praxis einschliessen, die wir allerdings niemals zu beobachten Gelegenheit gehabt haben. Moll macht darauf aufmerksam, dass ein einziger Simulant, der sich in einer Gruppe befindet, alle Anderen schädlich beeinflussen kann, ferner glaubt derselbe Autor auf Grund seiner Erfahrungen annehmen zu dürfen, dass bei den Massenhypnosen sehr leicht die persönliche Einwirkung des Hypnotisten auf den einzelnen Patienten verloren gehe.[1]) Wir wollen die Möglichkeit dieser Vorkommnisse nicht in Abrede stellen, können ihnen aber nicht die practische Bedeutung beimessen, dass wir ihretwegen grundsätzlich auf die grossen Annehmlichkeiten der gemeinsamen Hypnosen verzichten wollten. Es ist natürlich klar, dass wir uns bei einer Einzelhypnose dem Patienten mehr widmen können. Wir müssen aber andererseits auch mit der uns zur Verfügung stehenden Zeit rechnen, und so das Für und Wider im einzelnen Fall abmessen. Was schliesslich noch den von v. Schrenck-Notzing berührten Punkt betrifft, dass nämlich manche Menschen, namentlich aus „besseren Kreisen“ sich den Gruppenhypnotisirungen widersetzen,

---

[1]) Moll, Der Hypnotismus, pag. 277.

so wollen wir unsere Ansicht dahin präcisiren, dass u. E. rein gesellschaftliche Ansprüche niemals der Anlass zur Durchbrechung eines ärztlichen Princips werden dürfen und dass wir deshalb gegebenen Falls lieber auf die hypnotische Behandlung eines allzu prätentiösen Patienten Verzicht leisten, als dass wir uns der Gefahr aussetzen, bei unseren übrigen Patienten das Gefühl der Zurücksetzung zu erzeugen und unseres Einflusses und unserer Werthschätzung verlustig zu gehen. Andererseits müssen wir aber auch ein derartiges Vorurtheil als eins der vielen, die wir zu berücksichtigen haben, hinnehmen und da, wo wir es ermöglichen können, darauf Rücksicht nehmen.

Eine ähnliche Rolle wie die localen Verhältnisse spielen die zeitlichen Bedingungen in der hypnotischen Technik. Da es auch hier nicht möglich ist, unabänderliche Normen für alle Eventualitäten aufzustellen, so müssen wir uns auf einige allgemein giltige Grundsätze beschränken. Für alle Fälle gilt als oberstes Princip, eine Hypnose nur dann vorzunehmen, wenn der Kranke in geeigneter suggestiver Stimmung ist. Dies erreichen wir dadurch, dass wir einerseits bestimmten Schlafgewohnheiten der Patienten entgegenkommen und andererseits in der Wahl der Zeit sowohl auf zufällige wie periodische in der Krankheit selbst begründete Stimmungsanomalien Rücksicht nehmen. Wo anfallsweise auftretende Störungen vorliegen, seien dies nun Erregungs- oder Depressionszustände, Schmerzen oder Krämpfe, müssen wir es streng vermeiden, die hypnotische Sitzung mit einem Anfall collidiren zu lassen, da der Kranke durch solche Symptome psychisch derart alterirt wird, dass eine Concentrirung seiner Aufmerksamkeit und eine Ruhigstellung seiner Geistesthätigkeit kaum möglich wäre und ein tieferes Einschlafen nur in den seltensten Fällen gelingen würde. Es ist jedoch wohl zu unterscheiden zwischen Anfangshypnosen und späteren Sitzungen. Während ein erster Hypnotisirungsversuch alle Cautelen einhalten und scheinbar ganz nebensächlichen Umständen Rechnung tragen muss, können wir später, wenn bereits eine gesteigerte Empfänglichkeit und ein rascher Eintritt des Schlafes erreicht ist, freier zu Werke gehen. Die Erfahrung lehrt fast ausnahmlos eine zunehmende Angewöhnung an die fremdartige Situation und demnach eine stetig fortschreitende Vereinfachung des Verfahrens, gewissermaassen eine allmähliche Mechanisirung des einschläfernden Processes, je öfter eine Person hypnotisirt war. Es wird deshalb, im Gegensatz zu den Erstlingshypnosen, mit der Zeit gerade unser Bestreben sein müssen, die hypnotische Sitzung mit Krankheitsperioden zusammenfallen

zu lassen, um die krankhaften Symptome suggestiv zu beseitigen oder in ihrer Entstehung zu unterdrücken. Die Einleitung einer hypnotischen Behandlung dagegen, speciell die Ausführung der ersten Hypnose muss unter allen Umständen, wenn man nicht die ganze Kur in Frage stellen will, zeitlich unter den günstigen Verhältnissen vorgenommen werden, d. h. sie muss sich vollkommen der momentanen psychischen Disposition des Kranken anpassen.

b. Die Ausführung der Einzelhypnose.

Wir kommen jetzt zum letzten Theil der allgemeinen hypnotischen Methodik, zur Technik der Einzelhypnose. Vogt vertritt in dieser eminent practischen Frage wiederum eine ganz originelle Auffassung, die mit einer Nothwendigkeit aus seiner Theorie des hypnotischen Schlafes entspringt. Bei der Besprechung der natürlichen Schlafursachen haben wir bereits gesehen, dass Vogt den spontan eintretenden und den suggestiv erzeugten Schlaf ihrem Wesen nach identificirt. Die Verschiedenheiten ihrer Erscheinungen sind nach seiner Ansicht nur „secundärer Natur, sie stellen nur quantitative, nicht qualitative Unterschiede bezüglich des Schlafmechanismus dar“ [1]), oder wie er sich an anderer Stelle ausdrückt, die verschiedenen Grade des hypnotischen Schlafes repräsentiren, soweit es sich nicht um einen gleichmässigen Schlaf handelt, nur einzelne Stadien des spontanen Einschlafens oder des Erwachens. [2])

Die Technik des Hypnotisirens muss demzufolge völlig beherrscht sein von dem Gedanken an den Vorgang des gewöhnlichen naturgemässen Einschlafens. Wir ahmen die Natur möglichst getreu nach und sobald wir die physiologischen Schlafbedingungen künstlich in hinreichendem Umfange hergestellt haben, tritt der Schlaf gewissermaassen spontan ein; wenn es uns aber gelingt, die Erfüllung derselben zu beschleunigen oder in irgend welcher Weise zu überbieten, so muss der Schlaf selbstverständlich um so früher, unter Umständen ganz plötzlich entstehen.

Nachdem wir bereits im ersten Theil die natürlichen Ursachen des Einschlafens im Zusammenhange kennen gelernt und zugleich untersucht haben, in welcher Weise die verschiedenen Richtungen des

---

[1]) Vogt, Spontane Somnambulie in der Hypnose. Zeitschr. f. Hypn., VI, pag. 91.

[2]) Vgl. das Referat Vogt's, diese Zeitschrift, Bd. IV, pag. 56f. (Hirsch, Ueber Schlaf, Hypnose und Somnambulismus).

Hypnotismus sich dieselben zu Nutze gemacht haben, wollen wir nun im Einzelnen feststellen, **wie nach der Methode Vogt's die einzelnen psychologischen und physiologischen Schlafbedingungen zur Erzeugung eines künstlichen Schlafes verwerthet werden.**

Als erstes psychologisches Postulat für den Eintritt des Schlafes haben wir die Concentration der Aufmerksamkeit auf die Schlafvorstellung bezeichnet. In der hypnotischen Technik erreichen wir die Concentrirung der Aufmerksamkeit im Wesentlichen lediglich durch Verbalsuggestion, d. h. dadurch, dass wir der zu hypnotisirenden Person in möglichst detaillirter Form die einzelnen Componenten der Schlafvorstellung durch mündliches Zureden vorführen und so ein möglichst lebhaftes Bild des Schlafes in ihr zu erwecken suchen. Um dabei eine sichere Controle über den Verlauf des psychischen Processes ausüben und zuverlässig feststellen zu können, wie sich die einzelnen von uns gegebenen Suggestionen verwirklichen, wie sich das Bewusstsein der Versuchsperson zu dem gesammten Vorgang verhält und wie weit die Beeinflussung gediehen ist, werden von Anfang an nur ganz kurze, immer wieder durch Aufwecken unterbrochene Hypnosen gemacht, wobei wir genau darnach fragen, was der Kranke empfunden, welche Eindrücke er bekommen hat und wie er sich im Allgemeinen fühlt. Wir sind dadurch in den Stand gesetzt, den ganzen Vorgang beliebig zu dirigiren, die Suggestionen gewissermaassen zu dosiren und den Grad der Empfänglichkeit durch die Hypnose selbst, d. h. durch Vermehrung oder Verminderung der Wiederholungen zu reguliren. Da wir ferner bei diesem Verfahren einerseits nur solche Suggestionen geben und weiter verfolgen, welche eine natürliche Tendenz zur Realisation besitzen resp. bereits realisirt sind und diese durch Anknüpfung an harmlose bahnende Autosuggestionen (subjective Empfindungen, Wärmegefühle, Müdigkeit, Schwere der Glieder und Aehnliches) zu verstärken suchen, andererseits aber alle Suggestionen mit aussergewöhnlichen Folgewirkungen (Kataleptische Erscheinungen, Contracturen, Anästhesie, automatische Bewegungen u. s. w.) von vornherein vermeiden, vor Allem gefährliche Spontansuggestionen, z. B. solche, welche Aehnlichkeit mit hysterischen Erscheinungen haben oder gar sich auf frühere hysterische Attaquen beziehen, aufs Entschiedenste schon in ihrem Entstehen bekämpfen, ist es uns ermöglicht, den Character und die Tiefe der Hypnose genau so zu gestalten, wie wir es wünschen und allen ungewollten Nebenerscheinungen ab ovo vorzubeugen. Ganz besonders erziehen wir auf diese Weise die Hypnotisirten

zu einem innigen Rapport mit dem Hypnotiseur, gewöhnen sie daran, die Suggestionen verstehen zu lernen, die angeregten Vorstellungen in sensorielle, motorische oder intellectuelle Processe umzusetzen und legen dadurch bereits bei der Erzeugung der Hypnose den Grund für eine nachfolgende specielle Suggestivtherapie.

Mit den auf die Activirung der Schlafvorstellung abzielenden Suggestionen verbinden wir zugleich die Ruhigstellung von Geist und Gemüth. Wir vermindern die active Thätigkeit der Aufmerksamkeit, abgesehen von der indirecten Beihülfe mitwirkender äusserer Verhältnisse, in der Hauptsache ebenfalls durch reine Verbalsuggestion. Durch Häufung der Suggestionen, durch beständige Variation in der Form derselben, durch plastische Deutlichkeit der Sprache, durch sich steigernde Eindringlichkeit unserer Rede fesseln wir die Aufmerksamkeit des Kranken so an unsere Worte, dass er, passiv von denselben angezogen, sich und die Aussenwelt vergisst, immer mehr durch den von uns angeregten Vorstellungsablauf psychisch absorbirt wird und schliesslich in Schlaf versinkt. Bestimmte erregende Gefühle oder störende Gedanken, welche nicht selten spontan auftreten, unterdrücken wir durch entsprechende Gegenvorstellung oder indem wir die Aufmerksamkeit durch anderweitige Inanspruchnahme von ihnen ablenken. Nur in seltenen Fällen wird die Aufmerksamkeit bei diesem Vorgehen derart rege, dass sie hemmend auf das Einschlafen wirkt, und es würde sich dann eventuell darum handeln, die hypnotische Sitzung zu unterbrechen und für weitere Versuche eine günstigere Disposition des Individuums abzuwarten. Gerade dadurch, dass wir alles Experimentiren vermeiden, begünstigen wir die Passivität des Geistes und umgehen die Gefahr, durch Katalepsie und Aehnliches den bereits im Entstehen begriffenen Schlaf wieder zu stören.

Soweit bei dem Einschlafen Sinneseindrücke eine Rolle spielen, werden wir selbstredend in der hypnotischen Technik auf alle diesbezüglichen Momente ebenfalls Rücksicht nehmen. Die Förderung der Ruhigstellung des Sensoriums hatten wir bereits unter den äusseren Vorkehrungen zur Hypnose erwähnt, nur einen mit der Persönlichkeit des Arztes zusammenfallenden Punkt müssen wir hier noch besonders betonen. Wir meinen alle jene von dem Hypnotisten selbst ausgehenden Reizungen der Sensibilität des Kranken, speciell Berührungs- und Geruchsempfindungen, welche nach unserer Erfahrung nur allzu oft, zum Schaden von Arzt und Patient, vernachlässigt werden. Medicamentöse Gerüche, die von dem Arzt oder dessen Kleidern ausgehen, kalte,

feuchte Hände, ja sogar der Klang der Stimme können, wie Brügelmann zuerst ausführlich dargethan hat, bei leicht erregbaren, nervösen Naturen störend wirken. Man kann daher dem Arzt nicht dringend genug einschärfen, alle widrigen oder unangenehmen Gerüche aus der Nähe des Patienten zu entfernen. Brügelmann empfiehlt besonders, die Hände peinlichst trocken und warm zu halten und sie vielleicht etwas zu parfümiren. [1])

Von gleichmässigen, andauernden, peripheren Reizen zur Unterstützung des hypnotischen Verfahrens kommen für uns nur Fixation und Streichungen oder Berührungen in Betracht und zwar nicht etwa in dem Sinne von specifisch wirkenden, hypnosigenen Proceduren, sondern lediglich als Hülfsmittel, theils zur Abschwächung der activen Aufmerksamkeit, theils auch als die Vermittler larvirter Suggestionen, um die Vorstellung bestimmter Schlafcomponenten zu wecken. Die Fixation dauert nur ganz kurze Zeit; der zu Hypnotisirende richtet seine Augen fest auf diejenigen des Hypnotiseurs und zwar nur zu dem Zwecke, um bestimmte Suggestionen (Schwere der Lider, Trübung des Blickes etc.) zu unterstützen. Längeres Fixirenlassen, etwa bis zur wirklichen Erschöpfung, wird von Vogt nur ganz ausnahmsweise angewandt. Streichungen, die auch von uns selbst bei gelegentlichen Hypnotisirversuchen angenehm empfunden wurden und die Empfindung der sich ausbreitenden Wärme oder der Erschlaffung der Glieder sehr wirksam zu reproduciren vermögen, finden wir nur bei Männern rathsam, da beim weiblichen Geschlecht leicht sexuelle Erregungen durch dieselben ausgelöst werden können. Einfache Berührungen dagegen dürfen wir überall auch bei Frauen als Suggestivmittel benützen, und zwar geschieht dies zur Herbeiführung des Schlafes in der Form, dass wir die Hand auf die Stirne legen oder die Augenlider mit Daumen und Zeigefinger sanft niederdrücken. Immer aber halte man sich vor Augen, dass alle diese Manipulationen, selbst das an sich harmlose Zudrücken der Augen, wie es

[1]) Vgl. Brügelmann, Psychotherapie und Asthma (Ztschr. f. Hypn., Bd. II, Heft 3 u. 4). Verf. schreibt: „Namentlich muss der Hypnotiseur die grösste Sorgfalt auf seine eigene Person, vorzüglich seine Hände verwenden. Ich habe schon oft von den Kranken gehört, welch ein angenehmes Gefühl es sei, wenn die warme, trockene, leicht parfümirte Hand des Hypnotiseurs über Augen und Gesicht hinglitte, während mich im Gegentheil andere Kranke versichert haben, dass sie unter der Berührung einer kalten, feuchten oder gar nach Tabak oder Carbol duftenden Hand Ekel empfänden und niemals einschlafen würden.“ — Vgl. ferner „Ueber neurasthenisches Asthma“ von demselben Verfasser (Therap. Monatshefte 1892. Nr. 6 u. 7).

so vielfach publicirt wurde (Jolly,[1]) Binswanger), als ausschliesslich „somatisches" Verfahren des Hypnotisirens entschieden zu bekämpfen sind, da dieselben die Tendenz haben, weniger normale autosuggestive Schlafzustände hervorzurufen. Das Gleiche gilt von allen auf Mystik und religiöse Ideen aufgebauten Methoden, welche überall, wo sie zur Hypnose in Beziehung treten, die Neigung haben, sich mit Autosuggestionen zu verbinden; man wird deshalb gut thun, auf diese an sich entschieden bahnenden Momente vollständig zu verzichten und an deren Stelle möglichst detaillirte Verbalsuggestionen zu setzen.

Der Gewohnheit und associativen Verknüpfung schliesslich tragen wir, wie bereits oben ausgeführt, in doppelter Weise Rechnung, indem wir uns einmal streng an alte Schlafgewohnheiten der zu Hypnotisirenden halten und zweitens indem wir neue Gewohnheiten resp. Associationen zu schaffen suchen. Dadurch dass wir die Hypnotisirungen stets zu derselben Zeit und am selben Orte vornehmen, verfolgen wir im Prinzip ganz das gleiche Ziel, das viele Menschen unbewusst vor Augen haben, wenn sie sich täglich regelmässig zur bestimmten Stunde und unter ewig unveränderlichen Verhältnissen in ihrem Lehnstuhl zum Nachmittagsschlaf niederlassen. Wir thun in zweckbewusster Weise dasselbe, was dort mehr instinctiv geschieht; wir verknüpfen die äusseren Umstände associativ mit den psychischen Ursachen des eintretenden Schlafes, geben ihnen durch die bahnende Wirkung der Wiederholung einen suggestiven Character, welcher, wie wir aus dem Alltagsleben zur Genüge wissen, nur selten seine einschläfernde Wirkung versagt. Dieselbe auf Association beruhende bahnende Kraft liegt allen jenen an periphere Sinneseindrücke gebundenen larvirten Suggestionen zu Grunde, welche wir zur Erzeugung eines Schlafes dann zu Hülfe nehmen, wenn wir nicht selbst persönlich das Einschläfern besorgen können. Es ist dies der Fall bei Personen mit pathologisch starker Ermüdung, welche in kurzen Intervallen abwechselnd arbeiten und schlafen müssen, bei Kranken, die vorzeitig unsere Behandlung verlassen und sich zu Hause durch protrahirten Schlaf weiterbehandeln sollen, ferner bei allen Formen der Schlaflosigkeit, wenn eine Nachthypnose unmöglich ist und schliesslich auch dort, wo täglich wiederholtes Schlafen verordnet war und der Arzt nicht Gelegenheit hat, jedesmal eine Hypnotisirung vorzu-

[1]) Jolly hat in jüngster Zeit wieder Fälle veröffentlicht, in denen er durch einfaches manuelles Schliessen der Augen bei Hysterischen augenblicklich tiefere Grade der Hypnose erzielte (Westphal, Ueber Pupillenerscheinungen bei Hysterie. Berl. klin. Wochenschr., 22. u. 29. XI. 97).

nehmen. Allerdings wird gerade bei vielen Fällen psychischer Insomnie, sowie bei Kranken, die durch häufiges Hypnotisiren einen gewissen Grad von Dressur erlangt haben, ein einfacher verbaler Befehl: „Sie werden pünktlich zu der und der Stunde sich schläfrig fühlen und nach dem Niederliegen sogleich in Schlaf verfallen!" genügen. Meistens ist es jedoch vortheilhaft, der mündlichen Schlafsuggestion einen concreteren Inhalt zu geben, und man verbindet dieselbe zu dem Zwecke mit irgend einer Handlung, mit einem äusseren Objecte oder auch mit willkürlich reproducirbaren Ideengängen, wie sie schon im ersten Theil aufgezählt werden. Mit Hülfe solcher associativer Verknüpfungen können wir, das nöthige Vertrauen des Kranken vorausgesetzt, fast ausnahmslos auf prompten Eintritt eines spontanen Schlafes (einer Autohypnose) rechnen und wir haben wiederholt bei schweren Insomnien, bei denen mit der Zeit die stärksten Schlafmittel wirkungslos geblieben waren, durch die einfache Versicherung, der Schlaf werde bestimmt die nächste Nacht ohne Schlafmittel eintreten, momentanen und dauernden Erfolg gesehen.

Nach den gleichen Gesetzen wie das Einschläfern richtet sich auch **das Erwecken des Hypnotisirten.** Wir erklären dem Schlafenden, dass er bei einem bestimmten Zeichen erwachen werde, und in der Regel wird der Hypnotisirte die Augen öffnen und munter sein, wie ein aus dem gewöhnlichen Schlaf Erwachender. Manchmal jedoch gelingt es bei sehr tiefen Hypnosen, besonders wenn der Rapport verloren ging, nicht, auf die erste Suggestion hin völliges Erwachen zu erzielen. Man suche dann zuerst mit dem Schlafenden in Verbindung zu treten, indem man ihn mit energischer Stimme anredet, einige Streichungen über die Stirne macht u. dgl. und dann die Suggestion wiederholt. Es handelt sich dabei, wie schon Bernheim mittheilt,[1]) nicht immer blos um den Befehl aufzuwachen, sondern oft genug um die Ruhe und Sicherheit, mit der er ertheilt wird. Ueberstürzung und Aengstlichkeit des Arztes können bei dem Hypnotisirten geradezu die Gegenvorstellung hervorrufen, dass das Erwachen schwierig, unter Umständen gar nicht möglich sei, und die Hypnose dauert dann trotz des Befehles fort. Hier genügen in der Mehrzahl der Fälle detaillirtere und nachdrücklichere Suggestionen oder noch besser, die Festsetzung eines bestimmten Zeitpunktes, an dem das Erwachen spontan eintreten müsse. Allerdings darf es nicht verhehlt werden, dass ein derartiges Vorkommniss immer

---

[1]) Neue Studien, pag. 64.

auf einer Mangelhaftigkeit der Technik beruht und dass einem geschickten und vorsichtigen Hypnotiseur der Rapport überhaupt nie verloren gehen wird. Wir möchten aber für solche ausnahmsweise Fälle allen Collegen ein möglichst schonendes Verfahren empfehlen. Gewaltsame, mechanische Eingriffe und periphere Reize, wie sie von der Salêptrière zur Dehypnotisation angewendet wurden, z. B. Besprengen mit Wasser, Anblasen, Aufrütteln oder auch Reizung der sog. „zones hypnofrénatrices" (Pitres), geben leicht den Anstoss zu Autosuggestionen und hinterlassen nach der Hypnose nicht selten Störungen des subjectiven Wohlbefindens. Wir vermeiden also alle shokartigen Reizungen, leiten das Aufwecken durch beruhigende Suggestionen ein, kündigen dem Schlafenden die Gefühle der Euphorie an und dehypnotisiren dann ganz langsam durch Zählen oder durch gehäufte, einzelne Symptome des Erwachens reproducirende Suggestionen. Wenn man ganz vorsichtig sein will, wird man gleich bei dem Einschläfern die Dauer der Hypnose bestimmen oder einen genauen Termin des Erwachens festsetzen. — Bei Gruppenhypnosen gestaltet sich das Desuggeriren noch einfacher, da man sich nicht an jeden einzelnen der Schlafenden zu richten braucht. Man wendet sich mit den Suggestionen des Erwachens wie mit denen der Euphorie an alle Schlafenden zugleich und kann dann immer noch bei einem Einzelnen, der schwerer aufwacht oder sich nachher benommen fühlt, durch eindringlichere Specialsuggestionen die völlige Unterbrechung der Schlafhemmungen herbeiführen.

Für die hier in den allgemeinen Grundzügen skizzirte Technik der Erzeugung eines künstlichen Schlafes, speciell für die individualisirenden Modificationen der Anfangshypnosen, die wir im dritten Theil ausführlicher zu besprechen haben, darf O. Vogt die Priorität in Anspruch nehmen. Vereinzelte Andeutungen an ein ähnliches Vorgehen finden sich allerdings, vielleicht in Anlehnung an die statistischen Veröffentlichungen Vogt's [1]), in verschiedenen Arbeiten jüngeren Datums, so bei Delius, Löwenfeld und Stadelmann. Aber auch ältere Autoren (Forel,[2]) Wetterstrand,[3]) Corval[4])) haben bereits betont, dass es manchmal für das Gelingen tiefer Hypnosen vortheilhaft sei, mehrere Versuche nach einander zu machen, die Hypnosen nur ganz kurz zu gestalten, immer wieder zu unterbrechen und dann von Neuem zu be-

[1]) Vgl. Forel, Der Hypnotismus, pag. 45.
[2]) Ibidem, pag. 146.
[3]) l. c., pag. 73.
[4]) l. c., pag. 195.

ginnen. Diesen Gedanken in die hypnotische Technik aufgenommen und in systematischer Weise zu einer Methode des Hypnotisirens ausgearbeitet zu haben, ist das Verdienst Vogt's. Wie die Statistik beweist, hat diese „fractionirte Methode" [1]) mit bisher unerreichtem Erfolg zur Erziehung der therapeutischen Somnambulhypnose beigetragen.

Es bleibt jetzt noch die Entscheidung der Frage übrig, wie wir uns zu verhalten haben, wenn das angegebene Verfahren nicht zum Ziele führt, mit anderen Worten, **wie weit man einerseits in der ersten Sitzung bei einem anfänglich Refractären zu gehen hat und zweitens, wie lange die hypnotischen Versuche bei einer wenig empfänglichen und ungenügend hypnotisirten Person überhaupt fortgesetzt werden dürfen.**

Während früher, besonders von Charcot und seiner Schule, die Ansicht vertreten wurde, dass sich in der ersten Sitzung Alles entscheiden müsse, und dass die Fortsetzung der Hypnotisirungen, wenn sich nicht auf einen einzigen somatischen Kunstgriff hin sofort tiefer Schlaf oder kataleptische und ähnliche Erscheinungen erreichen lassen, ungerechtfertigt sei, hat sich in neuester Zeit gerade bei den Suggestivtherapeuten die entgegengesetzte Ueberzeugung allgemeinere Geltung verschafft, und mit wenigen Ausnahmen pflegen jetzt die Hypnotisten die einleitenden Hypnosen nur als vorläufigen Versuch, als eine Probe auf die Suggestionsfähigkeit eines Kranken zu betrachten. Gestützt auf zahlreiche weiter unten citirte Erfahrungen, welche beweisen, dass manchmal bei ein und demselben Individuum die erste Sitzung ohne jede hypnotische Beeinflussung bleibt, während, trotz gleichbleibender Verhältnisse, bereits der folgende Versuch oder wenige Wiederholungen eine hinreichend tiefe Hypnose bringen, dürfen wir es uns zu einer Pflicht gegen unsere Kranken machen, uns durch einen einmaligen Misserfolg durchaus nicht abschrecken zu lassen. Gerade bei der ersten Sitzung müssen wir recht vorsichtig sein, um die Erwartungen des Patienten nicht zu hoch zu spannen. Je weniger wir im einzelnen Fall auf einen eclatanten Effect hinzielen, desto vielseitiger werden unsere Erfolge im Allgemeinen sein. „Langsam, aber sicher!" sei unsere Devise. Sobald wir daher bei einer Erstlingssitzung die Ueber-

---

[1]) Wir möchten diese Bezeichnung in Vorschlag bringen unter gleichzeitigem Hinweis auf eine analoge Nomenclatur in der Chemie, wo ein etappenmässig abgestufter Destillationsprocess „fractionirt" genannt wird.

zeugung gewonnen haben, dass ein tieferer Grad momentan nicht eintreten werde, brechen wir ruhig ab, verschieben die Fortsetzung auf einen späteren Termin mit einigen beruhigenden Erklärungen: es genüge für diesmal, man dürfe zunächst nicht zu weit gehen, es müsse allmählich eine Angewöhnung eintreten, dann steigere sich die Wirkung von Tag zu Tag etc. Vor Allem müssen wir es aufs Peinlichste vermeiden, uns mit einzelnen suggestiven Manipulationen abzuquälen oder gar Heilsuggestionen erzwingen zu wollen. Jeder Schein von Unsicherheit oder Aengstlichkeit auf Seiten des Arztes birgt die Gefahr in sich, bei dem Kranken die Vorstellung zu erwecken, dass die Hypnose bei ihnen nicht anschlage oder dass der Hypnotist nichts über ihn vermöge. Man warte also ruhig eine günstigere Disposition des Kranken ab und erschöpfe nicht seinen ganzen suggestiven Vorrath in der ersten Sitzung, um trotz Aufgebotes aller Mühe schliesslich doch zu scheitern.

Schwieriger wird die Sachlage, wenn selbst nach einer grösseren Zahl von Sitzungen noch kein befriedigender Schlaf oder ein curativer Erfolg eingetreten ist. Forel[1]) warnt mit einem gewissen Recht davor, „ad infinitum Jemanden mechanisch weiter zu hypnotisiren"; man müsse suchen in wenigen Sitzungen möglichst viel Terrain zu gewinnen, da sich einmal die Wirkung der Suggestionen abnütze und unser unmittelbarer Einfluss allmählich schwinde, andererseits der Kranke, wenn er keinen Erfolg sieht, sich selbst desuggestionirt. Daneben giebt Forel allerdings zu, dass hartnäckige Fälle, bei geringerer Suggestibilität, nach längerer Zeit mit mehr Ausdauer doch noch gut werden können und nähert sich damit der Ansicht Bernheim's, welcher starre Consequenz auf Seiten des Arztes und sehr viel Geduld beim Patienten als die beiden Grundbedingungen voraussetzt, deren Erfüllung auch in verzweifelten Fällen eine Fortführung der hypnotischen Versuche rechtfertige.[2]) Aehnliche Erfahrungen haben v. Schrenck-Notzing,[3])

---

[1]) Vgl. Forel, Der Hypnotismus, pag. 95 u. 153.

[2]) Bernheim, Die Suggestion, pag. 198. B. schreibt: „Es giebt Personen, welche während zahlreicher Sitzungen widerspenstig bleiben, sie verfallen blos in Somnolenz und die Wirkung, die man bei ihnen erzielt, ist geringfügig oder zweifelhaft. Wenn man Ausdauer hat, kann man einige von diesen Leuten nach kürzerer oder längerer Zeit, nach mehreren Tagen oder selbst Wochen von wenig ergiebiger Hypnotisation endlich in einen tiefen Schlaf bringen, und die therapeutische Wirkung der Suggestion kann dann eine rasche und dauernde sein."

[3]) Psychische und suggestive Behandlung der Neurasthenie. Ztschr. f. Hypn., Bd. II, pag. 7ff.

Moll, van Eeden, Hirt bei Hypochondern und Neurasthenikern gemacht, während Baierlacher,[1]) Corval[2]) u. A. nach wenigen (höchstens 5) ungenügenden Versuchen die Fortsetzung der Behandlung als nutzlos aufzugeben rathen.

Von einem ganz anderen Gesichtspunkte aus beurtheilt Vogt diese Frage. Er ist, gestützt auf seine theoretischen Anschauungen und auf reiche practische Erfahrungen, zu der Ueberzeugung gelangt, „dass bei jedem geistig gesunden Menschen Somnambulismus erzielt werden kann" und er vertritt demgemäss in Theorie und Praxis die Ansicht, dass es Pflicht des Arztes sei, in allen zu hypnotischer Behandlung geeigneten Krankheitsfällen **die „Somnambulhypnose" durch consequente Disciplinirung zu erziehen.** Vor Jahren hatte bereits Beaunis einen ähnlichen Gedanken geäussert und sich die Frage vorgelegt, „ob nicht in Wirklichkeit mit der nöthigen Uebung Jedermann für den somnambulen Zustand empfänglich gemacht werden könnte", [2]) er ist jedoch durch einzelne abweichende Fälle später von dieser bei Liébeault gewonnenen Vermuthung wieder abgekommen, hielt aber trotzdem an der Möglichkeit fest, durch fortgesetzte Uebung die hypnotische Empfänglichkeit zu steigern, d. h. allmählich tiefere Hypnosen zu züchten. Einmal die Möglichkeit einer Extensitätssteigerung der hypnotischen Hemmungen durch Uebung und Gewohnheit zugegeben, müssen wir aber logischer Weise auch einräumen, dass mit Geduld und Ausdauer alle, selbst somnambule hypnotische Zustände zu erreichen sein werden. Dass dies in der That selbst bei anscheinend absolut Refractären der Fall ist, dafür haben wir Beispiele aus der Literatur (Liébeault, Wetterstrand, Bramwell, Voisin) und aus eigener Erfahrung genug. Wenn die Praxis dem Grundsatze manchmal zu widerstreiten scheint, so liegt dies nicht (wir sehen dabei von Psychosen ab) so sehr an einer mangelnden Begründung des Principes als vielmehr an Momenten, die secundärer Natur sind und durch Ausdauer sich schliesslich überwinden lassen. Vogt hat in einem Fall noch nach 700 Sitzungen die Somnambulhypnose erzielt. Erregbare Naturen und solche, welche in gespannter Aufmerksamkeit der Dinge harren, die kommen sollen und dadurch immer wieder den Schlaf verscheuchen, pflegen sich mit der Zeit zu beruhigen und ein passendes Verhalten anzunehmen; speciell pflegen gewisse individuelle Störungen, wie Neugier, Lachen,

---

[1]) Die Suggestionstherapie und ihre Technik.
[2]) l. c., pag. 201.

sowie auch somatische Reizerscheinungen, Thränen der Augen, Schluckreiz, Hautjucken spontan zu verschwinden oder sie lassen sich allmählich nach einer Reihe von Sitzungen suggestiv überwinden. Man lasse sich also durch anfängliche Misserfolge gar nicht stören, sondern setze, falls der Kranke keine Schwierigkeiten macht, seine Hypnotisirversuche ruhig fort, bis hinreichender Schlaf resp. Heilwirkung eintritt.

Schliesslich handelt es sich noch um die Frage, **wie und wann wir eine hypnotische Kur zu beendigen haben.** Dieselbe fällt zum grössten Theil zusammen mit der anderen Frage, wann ein Kranker als gesund zu betrachten ist. Der Begriff der Heilung ist nun von verschiedenen Autoren sehr verschieden weit gefasst worden; die einen sprechen schon von Heilung, wenn nur wenige Tage alle Symptome ausblieben, andere schliessen eine Heilung aus, wenn überhaupt jemals ein Recidiv, und wäre es auch nach Jahren, eintritt. Wir wollen uns den Extremen fern halten und einerseits in der Psychotherapie vor allzu optimistischen Prognosen warnen, auch wo bereits positive Resultate vorliegen, andererseits aber auch dann das Recht für uns in Anspruch nehmen, einen Fall geheilt zu haben, wenn z. B. ein in der Hypnose momentan beseitigtes hysterisches Symptom nach Jahren aus neuem Anlass wiederkehrt. Immerhin aber rathen wir auch dort, wo bereits alle krankhaften Störungen geschwunden sind, die Hypnotisirungen noch einige Zeit fortzusetzen und den Kranken in dem wieder erworbenen Gesundheitsgefühl zu bestärken. Die Erfahrung hat gezeigt, dass besonders psychisch bedingte Affectionen von langer Dauer und chronisch intermittirendem Verlauf um so eher zu Rückfällen neigen, je schneller sie den Suggestionen gewichen waren. Solche Patienten sind daher, wie alle von schweren Leiden Genesenden, noch längere Zeit als Reconvalescenten zu behandeln und im Auge zu behalten. Wo Krankheitsperioden vorlagen, werden in den Zeiten, in denen früher Anfälle auftraten, wiederholte Hypnosen sehr angerathen sein, da die Kranken sich oft schon Wochen lang davor ängstigen und in einen wachsenden Erwartungsaffect hineingerathen, der leicht einen erneuten Ausbruch im Gefolge haben könnte. Es muss überhaupt darauf hingewiesen werden, dass wir uns nicht anheischig machen, eine Disposition zu psychogenen Störungen durch wenige hypnotische Suggestionen zu heilen; dies ist vielmehr Sache einer allgemeinen psychischen und somatischen Hygiene, und der Erfolg wird auch hier sehr von dem Character und Grade der Disposition abhängen; wo aber eine solche besteht, müssen wir auch als Hypnotherapeuten darauf gefasst sein, dass durch accessorische

Schädigungen das alte Leiden wieder wachgerufen oder ein neues producirt werden kann.

Aber auch dort wo wir keine Rückfälle zu gewärtigen haben, dürfen wir mit den Hypnosen nicht sofort nach dem Schwinden aller Symptome sistiren und ganz plötzlich die Behandlung aussetzen. Wir sind zwar frei von jenen so häufig gehörten Befürchtungen, dass durch wiederholte Hypnotisirung sich eine förmliche Sucht nach Hypnose, eine „Hypnomanie" bei den Kranken entwickeln könne, müssen aber eine gewisse Angewöhnung in dem Sinne zugeben, dass die Patienten sich von der Hypnose und unseren Suggestionen abhängig glauben und ohne dieselben eine Störung ihres Befindens befürchten, wodurch allen möglichen Autosuggestionen wieder Thür und Thor geöffnet ist. Wer vorsichtig sein will, wird also die Hypnosen ganz allmählich reduciren, dieselben immer seltener vornehmen, dem Kranken dadurch beweisen, dass er auch ohne sie auskommt, ihn so ganz langsam selbstständig machen und normalen Verhältnissen wieder anpassen. Dabei bedarf es häufig einer gewissen Entschiedenheit seitens des Arztes, um den Kranken endgiltig abzuschütteln; man erklärt ihm mit Bestimmtheit, dass der Erfolg ein dauernder, die Heilung eine definitive sei und dass daher eine Sistirung der Hypnosen absolut angezeigt erscheine.

Andere Patienten sind im Gegentheil von Anfang an von dem Wunsch beseelt, möglichst frühzeitig aus der Behandlung entlassen zu werden: Sobald sie sich nur einigermaassen besser fühlen oder sobald auch nur wenige Tage ohne subjective Beschwerden vorübergingen, halten sie sich für gesund und drängen auf Entlassung. Wer es ehrlich mit seinen Kranken meint, wird namentlich bei langwierigen, fixirten Leiden entschieden zur Geduld mahnen und den Genesenden zurückzuhalten suchen oder zum Mindesten nicht versäumen, ihn auf die Bedenken, die gegen eine plötzliche Unterbrechung der Kur sprechen, aufmerksam zu machen.

Wir haben vorstehend eine unbegrenzte Zahl von Eventualitäten und möglichen Zufällen, von Indicationen und Contraindicationen kennen gelernt, welche unser Vorgehen bei der Durchführung einer hypnotischen Behandlung bestimmen, unsere Anordnungen durchkreuzen und neue Anforderungen an uns stellen können; wir haben dabei gleichzeitig bei verschiedenen Gelegenheiten betont, dass die vorgezeigten Grundsätze keine Vorschriften von allgemein giltigem, bindendem Character sein können, dass sie vielmehr, wie jede psychotherapeutische Methode in jedem einzelnen Falle sich allen individuellen Factoren anpassen

muss, und wir wollen uns nun, bevor wir zum speciellen Theil übergehen, daran erinnern, dass auch der Arzt, wenn er mit Erfolg hypnotisiren will, seiner eigenen Individualität Rechnung tragen muss. Die Psychotherapie hat es auf beiden Seiten mit Individualitäten zu thun; sie verträgt weder ein starres Dogma noch auch die Nachahmung eines trockenen Schemas und der Arzt, welcher sich bei seinen Hypnotisirungen an eine überkommene Schablone halten wollte, würde bald ohne jeden Erfolg arbeiten. Es bleibt deshalb, mag ein Anderer mit seiner Technik auch die blendendsten Resultate erzielt haben, nach wie vor die Pflicht jedes hypnotisirenden Arztes, sich ein eigenes Verfahren auszubilden. Nur unter dieser Reserve können wir in das Studium einer speciellen Methodik eintreten.

(Fortsetzung folgt.)

Spontane Somnambulie in der Hypnose.

Von

Oskar Vogt.

(Schluss.)

IV. Entstehungsart somnambuler Träume in der Hypnose.

Wir haben im vorigen Abschnitt als Thatsache kennen gelernt, dass Individuen, die im spontanen Schlaf somnambule Träume haben, dieselben auch in dem suggestiv bedingten Schlaf zu zeigen tendiren. Wir müssen jetzt näher auf die Art und Weise eingehen, wie in diesen Fällen die spontane Somnambulie in der Hypnose entsteht.

Der Mechanismus kann — wie wir gleich sehen werden — ein verschiedener sein. Aber überall dient als seine Grundlage die Thatsache, dass für jene Individuen der somnambule Traum einen öfter durchlebten und daher verhältnissmässig leicht erregbaren Bewusstseinszustand darstellt.

Diese gesteigerte Erregbarkeit wird durch die folgende Beobachtung gut illustrirt. Es handelte sich um eine Patientin, bei der ich zum Zweck einer Schlafcur gerne eine tiefe Hypnose erzielen wollte. Auf dem gewöhnlichen suggestiven Wege hatte ich bis dahin nur eine oberflächliche Hypnose erreicht. Nun hatte ich in Erfahrung gebracht, dass diese Patientin Nachts öfter denselben somnambulen Traum hatte, dessen Inhalt aus gewissen Worten und Bewegungen der Träumerin genügend klar wurde. Ich gab jetzt dieser Patientin in der oberflächlichen Hypnose die Suggestion des Auftretens jenes Traumes. Sofort änderte sich der ganze Gesichtsausdruck und als Ursache dieses Wechsels der ganze Bewusstseinszustand der Patientin. Der Traum

trat als somnambuler Traum mit der characteristischen monoideistischen Bewusstseinseinengung in Erscheinung. Indem ich mich nun dem Trauminhalt anpasste, blieb ich mit der Patientin in Rapport. Als ich sie dann weckte, konnte ich eine vollständige Amnesie für den vorangegangenen Traum constatiren. Weiterhin habe ich dann ohne Mühe in der unter I. geschilderten Weise diese Somnambulie in die normale tiefe Hypnose überführen können. Später gab mir die Patientin selbst die Erklärung für das Nichtgelingen der tiefen Hypnose auf dem gewöhnlichen suggestiven Wege. Hier hatten gewisse affectstarke Vorurtheile hemmend gewirkt. Als ich dann aber die Suggestion des Traumes gab, trat die mit jenem Gedankeninhalt eng associirte weitgehende Einengung des Bewusstseins mit solcher Intensität auf, dass die Hemmungsvorstellungen vollständig wirkungslos blieben.

In der Art und Weise nun, wie derartige verhältnissmässig leicht erregbare somnambule Traumzustände bei der Hypnotisation anscheinend spontan hervorgerufen werden können, habe ich folgende Modificationen beobachtet.

1. Nach einer suggestiven Beeinflussung von wenigen Secunden verfällt A. sofort in tiefe Hypnose. Aber kaum ist $^1/_2$ Minute vergangen, da beginnt A. im Schlaf zu sprechen. Ich wecke A. sofort wieder. A. giebt an, tief geschlafen zu haben. Ich frage ihn, welche Vorstellungen er beim Einschlafen von der Hypnose gehabt habe. Er erklärt, das sie — meiner vorhergehenden Erklärung entsprechend — einem ruhigen Schlafe gleichen würde. Auf diesbezügliche Frage hin giebt A. weiter an, nicht gemüthlich erregt gewesen zu sein. Für den Traum ist A. vollständig amnestisch. In einer darauf eingeleiteten zweiten ohne Traum verlaufenden Hypnose bestätigt A. seine im Wachsein gemachten Angaben. Er erinnert sich jetzt seines Traumes. Er weiss über seine Genese nichts Besonderes anzugeben. Er ist andererseits aber auch nicht über die Thatsache, geträumt zu haben, erstaunt.

Wie ist hier die Genese? Ich habe dem A. vorher erklärt, dass die Hypnose sich mit Ausnahme des Rapportverhältnisses nicht von einem Nachtschlaf unterscheiden würde. Ich rief so in ihm durch die suggestive Zielvorstellung ein Erinnerungsbild seines Nachtschlafes wach. Dieses Erinnerungsbild ist ja ein sehr complexes Gebilde. Es besteht aus bewussten und aus unter der Schwelle des Bewusstseins bleibenden Elementen. Auf seine specielle Zusammensetzung hatte ich aber weiter nicht eingewirkt. So war es natürlich in jener elementaren Zusammensetzung erregt worden, zu der die psychophysische Con-

stellation [1]) tendirte. Es entstand die Zielvorstellung eines Nachtschlafes mit einem somnambulen Traum. Dabei waren die auf den letzteren Bezug habenden Elemente unter der Schwelle des Bewusstseins geblieben. A. erklärte ja ausdrücklich, nicht daran gedacht zu haben, dass er träumen würde.

Eine derartige subjective detaillirte Ergänzung einer Suggestion ist der Specialfall einer allgemeinen psychophysischen Erscheinung. Wo periphere Reize Bewusstseinserscheinungen hervorrufen, sind diese aus elementaren Empfindungen und Erinnerungsbildern zusammengesetzt. Wundt hat diese Erscheinung als Assimilation [2]) zuerst beschrieben. Welche Erinnerungselemente in solchen Fällen nun an der Zusammensetzung theilnemen, wird durch die psychophysische Constellation bestimmt. Aehnlich liegen die Verhältnisse überall da, wo Wortbilder die zugehörigen Objectbilder hervorrufen. Hier existirt an und für sich meist ein weiter Spielraum. Das Wort „Rose“ kann eine weisse oder eine rothe, eine grosse oder eine kleine Rose, einen ganzen Strauch oder eine abgeschnittene Blüte etc. hervorrufen. Da ist es dann wieder die jedesmalige psychophysische Constellation, die diesem Spielraum seine Schranken zieht.

Wenn nun also in unserer Beobachtung die von mir hervorgerufene allgemein gehaltene Zielvorstellung eines Schlafes in der speciellen Form eines Schlafes mit einem somnambulen Traum assimilirt wurde, so liegt dem ein allgemeines psychophysisches Gesetz zu Grunde: jede derartige Zielvorstellung muss in irgend einer dem Individuum eigenthümlichen Form assimilirt werden. So stellt also in unserem Fall der mit somnambulem Traum eingetretene Schlaf seiner Genese nach eine durchaus normale uncomplicirte Suggestionserscheinung dar.

Anders verhält er sich aber seinem Inhalte nach. Hier unterscheidet er sich von den gewöhnlich auf die Schlafsuggestion folgenden Bewusstseinszuständen. Und das ist deshalb der Fall, weil ein ungewöhnliches Erinnerungsbild am Assimilationsprocess theilnahm: dasjenige des somnambulen Traumes.

Auf den nosologischen Werth dieses „ungewöhnlichen“ Erinnerungsbildes werden wir weiter unten zurückkommen. Hier sei eben nur

---

[1]) Vgl. über den Begriff der psychophysischen Constellation meine 1. Mittheil. „Zur Kenntn. d. Wesens u. d. psychol. Bedeutung d. Hypnotismus“. Diese Ztschr., Bd. III.

[2]) Vgl. darüber ebenfalls die unter 1. citirte Arbeit.

constatirt, dass in diese Rubrik gehörende Schlafzustände mit somnambulen Träumen *normale uncomplicirte Folgewirkungen darstellen von suggestiv wirkenden Zielvorstellungen, die ihrerseits normalen Assimilationsvorgängen ihren Ursprung, aber einer ungewöhnlichen psychophysischen Constellation ihren ungewöhnlichen Inhalt verdanken.*

2. Suggestiv habe ich bei B. eine mitteltiefe Hypnose erreicht. Ich erkläre nun, dass dieser Zustand sich mehr und mehr von selbst vertiefen würde, und überlasse dann B. sich selbst. Nach $^1/_4$ Stunde beginnt B. zu schnarchen. Auf eine betreffende Suggestion hin hört dieses wieder auf. Einige Zeit hernach fängt B. an, im Schlafe zu sprechen und Bewegungen mit den Armen zu machen. Die Suggestion, dass der Traum schwinden würde, realisirt sich nicht. Darauf wecke ich B. B. erklärt, zuletzt tief geschlafen zu haben. Er ist für den Traum amnestisch. Er fügt aber hinzu, in gereizter Stimmung zu sein und sich zerschlagen zu fühlen. So erwache B. auch öfter Morgens. B. giebt an, vor der Hypnose gemüthlich ruhig gewesen zu sein und beim Einschlafen einen somnambulen Traum nicht erwartet zu haben. In der darauf eingeleiteten Hypnose erinnert sich B. seines Traumes und erkennt in ihm die Ursache seiner Gereiztheit und der Empfindung von Zerschlagensein. Besondere Aufklärung über die Genese dieses Traumes kann B. in der Hypnose nicht geben.

Wir haben hier einen jener Fälle vor uns, die ich schon oben (II, 5) erwähnte. Aus der oberflächlichen Hypnose entwickelte sich allmählich ein tiefer Schlaf und zwar hier mit einem somnambulen Traum verbunden. War die Entwickelung dieser zweiten Phase noch directe Folgewirkung der Schlafsuggestion oder hatte sie sich unabhängig von dieser Schlafsuggestion auf dem Boden der ersten Phase entwickelt? Eine Entscheidung dieser Frage für das obige Beispiel ist unmöglich. Wir wollen hier aber hervorheben, dass der letztere Entwickelungsmodus möglich ist, wenn er auch vielleicht nicht in dem obigen Beispiel statt hatte. Wo dann aber in solchen Fällen auf dem Boden der oberflächlichen Hypnose sich speciell ein Schlaf mit somnambulen Träumen entwickelte, geschah es, weil in Folge früherer Bahnungen die psychophysische Constellation dahin tendirte.

Die Art, wie dabei dieser tiefe Schlaf sich selbstständig aus dem Schlummerzustand entwickelt, kann eine verschiedene sein. Gewisse Sensationen, die den oberflächlichen Zustand begleiten, rufen ihrerseits associativ Erinnerungselemente des tiefen Schlafzustandes hervor und

lösen so diesen aus, ohne dass sie in der Form einer ausgesprochenen Autosuggestion dem Schläfer zum Bewusstsein kommen. Verwandt hiermit ist der Modus, dass im oberflächlichen Schlaf ein Trauminhalt auftritt, der für gewöhnlich einem somnambulen Traum angehört, und diesem Umstand zu Folge jetzt einen somnambulen Zustand auslöst. Dann aber kann auch der Schlaf auf der Basis der in der oberflächlichen Hypnose ruhig gestellten Psyche rein reflectorisch wie der Schlaf des Neugeborenen auftreten. [1]) Ich glaube, dass in den meisten Fällen beide Modi in bahnender Wechselwirkung thätig sind. [2])

In allen diesen Fällen aber tritt — was festzustellen für die uns hier interessirenden Fragen am wichtigsten ist — der tiefe Schlaf mit seinen somnambulen Träumen als selbstständiger Bewusstseinszustand auf, der aus dem Rahmen der Suggestiverscheinungen heraustritt.

3. D. wird — wie gewöhnlich — heute in Dauerschlaf versetzt. D. zeigt ab und zu somnambule Träume. Heute ist D. kaum in Hypnose versetzt, als D. einen somnambulen Traum hat. Aus den Worten D.'s erkenne ich, dass D. eine Scene träumt, deren Augenzeuge zu sein ich D. verboten hatte. Kaum hat D. die Scene zu Ende geträumt, als D. jäh erwacht. Erregt erklärt D.: „Oh! ich muss etwas Dummes gemacht haben. Ich weiss nicht was. Aber ich muss irgend etwas gemacht haben." Und als ich dann lächele, erklärt D.: „Ja, nicht wahr? Ich habe geträumt und habe mich verrathen. Ja es war eigentlich gar nicht meine Absicht, Ihre Vorschriften zu durchbrechen. Aber heute hatte ich von vornherein die grosse Angst, dass ich es durch Schlafreden verrathen würde. Ich wollte es Ihnen daher eigentlich schon vorher sagen."

In diesem Falle hat also die Person zuvor die angstbetonte Zielvorstellung von dem Eintreten eines bestimmten somnambulen Traumzustandes. — Zur Fremdsuggestion der ruhigen Hypnose gesellt sich die affectstarke Autosuggestion eines somnambulen Traumes. Dieser erscheint damit als ein autosuggestiver Bewusstseinszustand, der sich als selbstständiges Gebilde auf dem Boden des durch Fremdsuggestion geschaffenen Bewusstseinszustandes entwickelt hat.

4. Als ein weiterer Modus der Entstehung somnambuler Träume

[1]) Vgl. „Die Zielvorstellung der Suggestion". Diese Ztschr., Bd. V.

[2]) Vgl. darüber meine speciellen theoretischen Anschauungen in der 1. Mitth. „Z. Kenntn. d. Wes. etc." Diese Ztschr., Bd. III.

kommt die Thatsache in Betracht, dass gemüthliche Erregungen die Disposition zu derartigen Bewusstseinszuständen steigern. Sie beeinflussen in diesem Sinne die psychophysische Constellation. Ich habe drei Fälle beobachtet, wo nach gemüthlichen Erregungen der Nachtschlaf für längere Zeit mehr somnambule Träume zeigte. Diese Tendenz äusserte sich dann auch in den in solcher Zeit vorgenommenen Hypnosen. Das erscheint ja auch nach allem, was wir früher (II) von den Beziehungen zwischen Schlaf und Hypnose kennen gelernt haben, durchaus natürlich.

Gemüthliche Erregungen sind also die Veranlassung, dass in gewissen Fällen somnambule Träume auftreten, die sonst nicht zur Erscheinung gekommen wären. Dabei wird die Art und Weise, wie sie ausgelöst werden, gleichzeitig in eine der drei zuvor behandelten Modi fallen. Der somnambule Traum, zu dem die psychophysische Constellation tendirt, wird entweder als Assimilationsproduct oder associativ-reflectorisch oder endlich autosuggestiv hervorgerufen werden. Dass aber die psychophysische Constellation diese Tendenz hatte, war die Wirkung gemüthlicher Erregungen.

a. Wir berichteten soeben von drei Fällen, wo Gemüthsbewegungen die Veranlassung somnambuler Träume bildeten. Hier waren stets jene Gefühlserregungen dem Act der Hypnotisation vorangegangen. Dabei war es interessant, die Verschiedenheit zu constatiren, die im Inhalt der somnambulen Träume bei diesen 3 Personen hervortraten. Die eine durchlebte von Neuem die Scenen, welche die gemüthlichen Erregungen veranlasst hatten. Die zweite träumte seit Jahren unter solchen Umständen immer dieselben Scenen. Bei der dritten bildeten irgend welche affectbetonte Scenen der jüngsten Vergangenheit den Trauminhalt. Aber diese hatten hier durchaus keine Beziehungen zu den die somnambulen Träume veranlassenden gemüthlichen Erregungen. Im Gegentheil, es waren z. B. nach depressiven Gemüthsbewegungen zum Theil gerade lustige Erlebnisse, die den Trauminhalt darstellten.

b. Im Sinne einer Steigerung der Tendenz zu somnambulen Träumen kann nun aber auch die gegenwärtige affective Bewegung wirken, wie sie die ersten Hypnotisationen ängstlicher nervöser Personen öfter begleite.

C. ist fest entschlossen, sich einer hypnotischen Behandlung zu unterziehen. C. kam aber mit einer grossen Reihe falscher Vorstellungen über das Wesen der Hypnose und entsprechender Vorurtheile zu mir. C. ist durch theoretische Auseinandersetzungen und practische Demonstrationen aufgeklärt worden und giebt an, nunmehr vollständig

beruhigt zu sein. Ich gehe jetzt zur ersten Hypnotisation über. Wiederholt treten da äussere Anzeichen einer vorhandenen Aengstlichkeit auf. Ich bin mehrere Male genöthigt, energische Suggestionen gegen doch wieder hervortretende Aengstlichkeit zu geben. Dann tritt ein tiefer Schlafzustand schnell ein. Aber gleich darauf beginnt ein somnambuler Traum. Das spätere Befragen C.'s über die Ursache des somnambulen Traumes ist resultatlos wie bei A. und B. Aber im Gegensatz zu A. und B. erklärt C., bei der Hypnotisirung doch starke Angst gehabt zu haben trotz aller theoretischen Ueberzeugung ihrer Grundlosigkeit. Weitere Nachforschungen haben mir dann gezeigt, dass C. ganz vereinzelte Male im Nachtschlaf redet. Später schwanden derartige Träume vollständig. Hier hatte der gegenwärtige Angstaffect diese an sich entschieden nur geringe Tendenz zu somnambulen Träumen gesteigert.

V. Nosologischer Werth somnambuler Träume.

Wir haben oben constatirt, dass sich die ausgeprägten Formen der somnambulen Träume nur bei einzelnen Personen finden. Es ist ferner bereits von einer ganzen Reihe von Autoren darauf aufmerksam gemacht worden, dass somnambule Träume bei solchen Kindern auftreten, die später hysterische Sypmtome zeigen. Gelangen eine grössere Reihe somnambuler Träume zur Beobachtung, so wird man weiterhin sicherlich bei der grössern Hälfte ausgesprochen hysterische Stigmata und vor Allem die das eigentliche Wesen der Hysterie ausmachende gemüthliche Uebererregbarkeit nachweisen können. Dazu kommt, dass man nicht selten in Fällen acuter Hysterien einen vollständigen Parallelismus zwischen dem Abklingen der Erkrankung und dem Schwinden der Tendenz zu somnambulen Träumen beobachten kann. Wir sahen endlich den Einfluss von Gemüthsbewegungen auf das Zustandekommen somnambuler Träume.

Auf Grund aller dieser Thatsachen könnte man zu der Anschauung gelangen, dass die somnambulen Träume zu den hysterischen Bewusstseinszuständen zu rechnen seien. Man könnte so die Ansicht vertreten: Ja, die somnambulen Träume sind in dem suggestiven Schlaf aufgetreten, weil suggestiv ein sie zeigender Nachtschlaf hervorgerufen wurde; aber da diese Erscheinung des Nachtschlafes als eine hysterische gedeutet werden muss, so ist sie eine solche natürlich auch in der Hypnose; wir werden daher somnambule Träume stets als hysterische Somnambulien auffassen müssen. Man käme so zu der von Loewenfeld vertretenen Anschauung.

Ich glaube, man würde den somnambulen Träumen einen viel zu stark pathologischen Character geben, wenn man sie als hysterisches Symptom auffassen wollte. Nicht ein einzelnes Symptom,[1]) sondern der ganze eigenthümliche Character, die pathologische Widerstandsunfähigkeit gegenüber gemüthlichen Erregungen, die pathologisch intensive Dissociirbarkeit des Bewusstseins durch Gefühle: schafft das Krankheitsbild der Hysterie. Es ist nun gewiss richtig, dass man unter den hysterischen Personen mehr somnambule Träumer findet als unter den Nichthysterischen. Dieses ist aber nach dem, was wir über die Genese der somnambulen Träume bereits wissen, nicht wunderbar. Wir sahen den diesbezüglichen grossen Einfluss gemüthlicher Erregungen. Nun machen aber gerade Hysterische wegen ihrer emotionellen Schwäche bedeutend mehr heftige Gemüthsbewegungen durch als ein Gesunder. Dieser Umstand erklärt dann auch in natürlicher Weise die grosse Zahl der somnambulen Träumer unter den Hysterischen.

Andererseits zeigt uns aber die directe Beobachtung, dass es übertrieben wäre, den somnambulen Traum als hysterisches Symptom aufzufassen. Denn es giebt unzweifelhaft somnambule Träumer, die nie in ihrem Leben wirklich hysterische Symptome gezeigt haben.

Die Hysterie ist eine Krankheit. Sie muss deshalb auch irgend ein Symptom haben, das eine pathologische Intensität hat. Die emotionelle Schwäche muss eine pathologische Stärke zeigen. Die Charcot'schen Stigmata haben eben ihren pathognostischen Werth, weil ihr Zustandekommen einen krankhaften Grad affectiver Dissociirbarkeit voraussetzt.

Zwischen dieser pathologischen emotionellen Schwäche der Hysterie und dem vollständigen gemüthlichen Gleichgewicht des Gesunden giebt es noch das Bindeglied der bereits abnormen, aber noch nicht pathologischen affectiven Dissociirbarkeit. Als Aeusserung eines derartigen Grades affectiver Dissociirbarkeit fasse ich den somnambulen Traum auf. Dieser ist eine abnorme, aber keine pathologische Erscheinung.

VI. Diagnostik somnambuler Träume.

In den somnambulen Träumen haben wir eine erste Gruppe jener Klasse spontaner Somnambulien in der Hypnose kennen gelernt, welche

---

[1]) Vgl. Forel, Der Unterschied zwischen der Suggestibilität und der Hysterie, Diese Ztschr., Bd. V.

Wiederholungen früher durchlebter Bewusstseinszustände darstellen. Hieraus ergiebt sich die erste Frage, die wir uns bei einer Classificirung der spontanen Somnambulien vorzulegen haben. Wir müssen feststellen, ob der Nachtschlaf des betreffenden Individuums analoge somnambule Träume aufweist. Hier hat die Anamnese oder die directe Beobachtung zu entscheiden.

Gegenüber hysterischen Somnambulien kommen dann drei Symptome als differential-diagnostische in Betracht.

Zunächst wird eine grosse Reihe hysterischer Somnambulien Affecte von pathologischer Intensität zeigen. Hier wird uns dann ihr krankhafter Character meist sofort hervortreten. Gewiss sind die Affecte des somnambulen Traumes gegenüber denen des normalen Wachseins bereits gesteigert. Trotzdem aber kann man — ungeachtet aller Uebergänge, die natürlich vorkommen — zumeist den pathologisch starken Affect von dem nur abnorm intensiven unterscheiden.

Sodann bleibt die Bewusstseinseinengung des somnambulen Träumers stets eine grosse, während hysterische Somnambulien vielfach einen weit stärkeren Umfang des Wachseins annehmen. Man sieht dem somnambulen Träumer an, dass er zu den Schläfern gehört, während man bei hysterischen Somnambulien sich vielfach nicht des Eindruckes erwehren kann, ein Wachsein vor sich zu haben.

Schliesslich lässt sich der somnambule Traum stets sofort durch Erwecken beseitigen. Dieses ist bei hysterischen Somnambulien meist nicht der Fall. Wir werden auf diesen Punkt bei Schilderung der hysterischen Somnambulien zurückkommen.

Zusammenfassung des 1. Abschnitts:

1. Im Verlauf einer Hypnotisation auftretende spontane Somnambulien können Analoga somnambuler Träume des gewöhnlichen Nachtschlafes darstellen.

2. Diese Form spontaner Somnambulie führt nie zu einer pathologischen Intensität eventueller Affecte, bewahrt stets ein sehr eingeengtes Wachsein und gestattet ein sofortiges Erwecken.

3. Sie kann ausgelöst sein: durch entsprechende Assimilation der Fremdsuggestion, secundär associativ-reflectorisch, secundär autosuggestiv oder auf eine

dieser Arten unter dem speziellen Einfluss vorangegangener oder gegenwärtiger Affecte.

4. Sie ist nicht als ein krankhaftes, sondern nur als ein abnormes Symptom aufzufassen.

2. Abschnitt.

Wiederholung anderweitiger Somnambulien in der Hypnose.

I. Verschiedene Formen von Somnambulie.

Wir haben im ersten Abschnitt gesehen, dass spontane Somnambulien als Analoga somnambuler Träume in Erscheinung treten können. Dieselben traten dabei deshalb auf, weil sie durch frühere Erlebnisse in der psychophysischen Constellation existirten. Ebenso können nun andere somnambule Bewusstseinszustände die psychophysische Constellation dahin beeinflussen, dass ihre Elemente sich mit hypnotischen Bewusstseinszuständen verbinden.

Bezüglich der speciellen Art und Weise dieser Verbindung sind dieselben Formen möglich die wir im vorhergehenden Abschnitt kennen gelernt haben. Wir werden also auch hier stets Assimilationsproducte, associativ-reflectorisch und autosuggestiv hervorgerufene Somnambulien unterscheiden können.

Theoretisch können in diesem Sinne alle Formen von Somnambulien in Betracht kommen, die überhaupt existiren. Sie alle sind im Stande, gelegentlich einmal leicht erregbare Residuen zu hinterlassen. Ihrem nosologischen Werthe nach sind alle somnambulen Zustände, die nicht zum Nachtschlaf in Beziehung stehen, als pathologisch aufzufassen.

Als solche pathologische Somnambulien können epileptische Dämmerzustände in Betracht kommen. Es gehören hierher Intoxicationszustände. Dann müssen auf Infectionen zurückzuführende Somnambulien erwähnt werden. Ferner können somnambule Zustände als einfache Erschöpfungszustände auftreten, ohne dass sie meiner Ansicht nach zu den hysterischen Bewusstseinszuständen zu rechnen sind. Ein Zwischenglied zwischen den Infections- und den Erschöpfungssomnambulien stellen die postfebrilen Somnambulien dar. Dann kommen aber vor allem hier die hysterischen Somnambulien in Betracht.

Diesen wird man nicht nur wegen der Häufigkeit hysterischer Personen für unsere Frage eine besondere Aufmerksamkeit schenken müssen. Es kommen noch andere Factoren in Betracht, die uns die

hysterischen Somnambulien besonders wichtig erscheinen lassen. Wir haben darauf später zurückzukommen. Dazu muss ich schliesslich eingestehen, dass ich nur die mehr oder weniger ausgeprägte Wiederholung hysterischer Somnambulien bei Gelegenheit von Hypnotisationen mit einigen Beispielen belegen kann. Andere pathologische Somnambulien habe ich nie in den von mir ausgeführten Hypnotisationen wiederkehren sehen.

Aus allen diesen Gründen wollen wir jetzt speciell auf die hysterischen Somnambulien näher eingehen.

II. Hysterische Somnambulien in der Hypnose und ihre Entstehungsart.

Die für uns in Betracht kommenden hysterischen Bewusstseinszustände müssen die schon oben festgestellten Characteristica der spontanen Somnambulie zeigen. 1. Die Einengung des Bewusstseins darf nur soweit gehen, dass sich der vorhandene Bewusstseinsinhalt noch motorisch äussern kann. 2. Andererseits muss aber die Ausdehnung des Bewusstseins eine derartige Grenze zeigen, dass für seinen Inhalt beim Erwachen Amnesie besteht. 3. Dieser Inhalt muss von einer Ideenreihe dargestellt sein, die spontan, d. h. nicht in Folge specieller Fremdsuggestion auftrat und nicht so ohne Weiteres suggestiv zu beseitigen ist.

Dass nun derartige hysterische Bewusstseinszustände durch Hypnotisirversuche ausgelöst werden können, haben Guinon und Loewenfeld mit Recht hervorgehoben. Aber die genetische Deutung Guinons, dass in diesen Fällen ein hysterogener Punkt im Auge gereizt würde, wird wohl Niemanden befriedigen. Dazu kommt, dass derartige Fälle, wo die Reizung hysterogener Punkte den hysterischen Bewusstseinszustand auslöst, aus dem Rahmen der von uns hier betrachteten spontanen Somnambulien heraustreten. Loewenfeld andererseits geht auf die Genese solcher Somnambulien überhaupt nicht ein. Gerade aber dieser Punkt scheint mir für eine Classification der hierher gehörigen Bewusstseinszustände von ausschlaggebender Wichtigkeit zu sein, wie ich überhaupt den ätiologischen Gesichtspunkt in allen diesen Fragen als bestimmend ansehe.[1])

Wir werden uns dementsprechend jetzt den einzelnen Entstehungs-

---

[1]) Vgl. Vogt, „Die Zielvorstellung der Suggestion." Diese Ztschr., Bd. V, pag. 333.

dieser Arten unter dem speziellen Einfluss vorangegangener oder gegenwärtiger Affecte.

4. Sie ist nicht als ein krankhaftes, sondern nur als ein abnormes Symptom aufzufassen.

2. Abschnitt.

Wiederholung anderweitiger Somnambulien in der Hypnose.

I. Verschiedene Formen von Somnambulie.

Wir haben im ersten Abschnitt gesehen, dass spontane Somnambulien als Analoga somnambuler Träume in Erscheinung treten können. Dieselben traten dabei deshalb auf, weil sie durch frühere Erlebnisse in der psychophysischen Constellation existirten. Ebenso können nun andere somnambule Bewusstseinszustände die psychophysische Constellation dahin beeinflussen, dass ihre Elemente sich mit hypnotischen Bewusstseinszuständen verbinden.

Bezüglich der speciellen Art und Weise dieser Verbindung sind dieselben Formen möglich die wir im vorhergehenden Abschnitt kennen gelernt haben. Wir werden also auch hier stets Assimilationsproducte, associativ-reflectorisch und autosuggestiv hervorgerufene Somnambulien unterscheiden können.

Theoretisch können in diesem Sinne alle Formen von Somnambulien in Betracht kommen, die überhaupt existiren. Sie alle sind im Stande, gelegentlich einmal leicht erregbare Residuen zu hinterlassen. Ihrem nosologischen Werthe nach sind alle somnambulen Zustände, die nicht zum Nachtschlaf in Beziehung stehen, als pathologisch aufzufassen.

Als solche pathologische Somnambulien können epileptische Dämmerzustände in Betracht kommen. Es gehören hierher Intoxicationszustände. Dann müssen auf Infectionen zurückzuführende Somnambulien erwähnt werden. Ferner können somnambule Zustände als einfache Erschöpfungszustände auftreten, ohne dass sie meiner Ansicht nach zu den hysterischen Bewusstseinszuständen zu rechnen sind. Ein Zwischenglied zwischen den Infections- und den Erschöpfungssomnambulien stellen die postfebrilen Somnambulien dar. Dann kommen aber vor allem hier die hysterischen Somnambulien in Betracht.

Diesen wird man nicht nur wegen der Häufigkeit hysterischer Personen für unsere Frage eine besondere Aufmerksamkeit schenken müssen. Es kommen noch andere Factoren in Betracht, die uns die

hysterischen Somnambulien besonders wichtig erscheinen lassen. Wir haben darauf später zurückzukommen. Dazu muss ich schliesslich eingestehen, dass ich nur die mehr oder weniger ausgeprägte Wiederholung hysterischer Somnambulien bei Gelegenheit von Hypnotisationen mit einigen Beispielen belegen kann. Andere pathologische Somnambulien habe ich nie in den von mir ausgeführten Hypnotisationen wiederkehren sehen.

Aus allen diesen Gründen wollen wir jetzt speciell auf die hysterischen Somnambulien näher eingehen.

II. Hysterische Somnambulien in der Hypnose und ihre Entstehungsart.

Die für uns in Betracht kommenden hysterischen Bewusstseinszustände müssen die schon oben festgestellten Characteristica der spontanen Somnambulie zeigen. 1. Die Einengung des Bewusstseins darf nur soweit gehen, dass sich der vorhandene Bewusstseinsinhalt noch motorisch äussern kann. 2. Andererseits muss aber die Ausdehnung des Bewusstseins eine derartige Grenze zeigen, dass für seinen Inhalt beim Erwachen Amnesie besteht. 3. Dieser Inhalt muss von einer Ideenreihe dargestellt sein, die spontan, d. h. nicht in Folge specieller Fremdsuggestion auftrat und nicht so ohne Weiteres suggestiv zu beseitigen ist.

Dass nun derartige hysterische Bewusstseinszustände durch Hypnotisirversuche ausgelöst werden können, haben Guinon und Loewenfeld mit Recht hervorgehoben. Aber die genetische Deutung Guinons, dass in diesen Fällen ein hysterogener Punkt im Auge gereizt würde, wird wohl Niemanden befriedigen. Dazu kommt, dass derartige Fälle, wo die Reizung hysterogener Punkte den hysterischen Bewusstseinszustand auslöst, aus dem Rahmen der von uns hier betrachteten spontanen Somnambulien heraustreten. Loewenfeld andererseits geht auf die Genese solcher Somnambulien überhaupt nicht ein. Gerade aber dieser Punkt scheint mir für eine Classification der hierher gehörigen Bewusstseinszustände von ausschlaggebender Wichtigkeit zu sein, wie ich überhaupt den ätiologischen Gesichtspunkt in allen diesen Fragen als bestimmend ansehe.[1])

Wir werden uns dementsprechend jetzt den einzelnen Entstehungs-

[1]) Vgl. Vogt, „Die Zielvorstellung der Suggestion.“ Diese Ztschr., Bd. V, pag. 333.

formen der Wiederholungen hysterischer Somnambulien bei Hypnotisationen zuwenden. Wir haben schon oben gesagt, dass die für die somnambulen Träume festgestellten Entstehungsformen auch für die pathologischen Somnambulien Geltung haben. Um aber nicht die Gefahr zu laufen, für einen Schematiseur gehalten zu werden, will ich ausdrücklich betonen, dass wohl die meisten hierher gehörigen Fälle nicht rein eine dieser Entstehungsformen darstellen. Der Entstehungsmechanismus ist vielfach ein complicirter. Vor Allem lässt sich fast nie der echt autosuggestive Factor ausschliessen. Dazu kommt, dass man vielfach wegen ungenügender Auskunft und mangelhafter Selbstbeobachtungsfähigkeit des Patienten auf eine detaillirte Analyse verzichten muss. Trotzdem muss man diese auch aus practischen Gründen in den meisten Fällen nach Kräften erstreben. Vielfach wird man nur da, wo eine Erkenntniss ihrer ursächlichen Begründung gelingt, im Stande sein, der hysterischen Somnambulie durch entsprechende Contrasuggestionen genügend entgegenzutreten und so doch trotz der besonderen Complication die hypnotische Behandlung fortzusetzen. Für diese also practisch, wie theoretisch wichtige Erkenntniss wird uns aber eine schematische Sichtung der Entstehungsmöglichkeiten von Nutzen sein. Wir wollen diese jetzt der Reihe nach betrachten.

Dabei sei aber noch die Bemerkung vorausgeschickt, dass die uns hier interessirenden hysterischen Somnambulien sich genetisch in nichts von irgend welchen anderen hysterischen Bewusstseinszuständen unterscheiden, deren Erinnerungsbilder bei Gelegenheit von Hypnotisationen in Wirksamkeit treten. Wir können daher aus diesem Grunde gelegentlich unsere folgenden Ausführungen mit Beobachtungen belegen, die zu anderen hysterischen Bewusstseinszuständen gehören.

1.
Hysterische Somnambulien als Assimilationsproducte.

Die Procedur des Hypnotisirens kann in einem Individuum, das hysterische Somnambulien früher durchlebt hat, als Zielvorstellung die eines analogen Bewusstseinszustandes hervorrufen. Diese kann dann den letzteren zur Folge haben. Es handelt sich dann um eine als *Assimilationserscheinung ausgelöste hysterische Somnambulie.*

In diesen Fällen stellt sich der ausgelöste Bewusstseinszustand so dar, wie der Hypnotisirte die „Hypnose“ begreift. Es besteht eine volle

Harmonie zwischen dieser eingetretenen hysterischen Somnambulie und der unter der fremdsuggestiven Beeinflussung entstandenen Zielvorstellung.

Solche Bewusstseinzustände wird man dementsprechend um so eher beobachten, je weniger man seine Patienten vor Beginn einer hypnotischen Behandlung über das Wesen einer normalen Hypnose aufklärt.[1]) *Flechsig* hat sich gerühmt, mit seiner „electrischen Hand“ ohne Verbalsuggestionen Hypnosen hervorrufen zu können. Was er schuf, waren zum Theil hierher gehörige hysterische Somnambulien und verwandte hysterische Bewusstseinszustände. Es war daher denn auch kein Wunder, dass diese Zustäade eventuell 4 Wochen anhielten und eine Zellbehandlung nöthig machten. Auf das Fehlen detaillirter Schlafsuggestionen, auf die ungehemmte Aeusserung der psychophysischen Constellation führe ich auch die Thatsache zurück, dass, was ja von manchen Autoren gefunden worden ist, langes Fixirenlassen leichter als das Nancyer Verfahren derartige Bewusstseinszustände zur Folge hat.

Der solche hysterische Somnambulien auslösende Assimilationsprocess ist als solcher ein durchaus *normaler*. Er schlägt den Weg ein, zu dem die psychophysische Constellation die Tendenz giebt. Er führt weiterhin *sofort* zu dem somnambulen Bewusstseinszustand. Dem letzteren geht nicht etwa eine normale Hypnose als erstes Stadium voran. Dabei bezieht sich der Assimilationsprocess auf eine Zielvorstellung, die einen ihrem Objectinhalt entsprechenden Bewusstseinszustand zur Folge hat. So stellt eine nach diesem ersten Modus ausgelöste hysterische Somnambulie eine in der Genese ihrer Zielvorstellung und der Folgewirkung der letzteren durchaus normale, uncomplicirte Suggestionserscheinung dar.

Das *Ungewöhnliche* ist — wie bei dem analog entstandenen somnambulen Traum — der *Inhalt* der Zielvorstellung, die Tendenz der durch frühere Erlebnisse geschaffenen psychophysischen Constellation. Aber während diese früheren Erlebnisse bei somnambulen Träumen in das Gebiet des Abnormen gehören, sind sie hier ausgesprochen *pathologisch*.

So stellen die als Assimilationsproducte auftretenden hysterischen Somnambulien *normale uncomplicirte Suggestionserscheinungen dar, denen aber dank einer pathologischen psycho-*

---

[1]) Vgl. hierüber besonders: *Brodmann*, „Zur Methodik der hypnotischen Behandlung.“ Diese Ztschr., Bd. VII.

physischen Constellation inhaltlich pathologische Zielvorstellungen zu Grunde liegen.

2.

Associativ-reflectorisch entstandene hysterische Somnambulien.

Fall 1. Dame, 50 Jahre alt, Hysterica, wird mir von einem Specialcollegen zugesandt mit der ausdrücklichen Bitte, sie hypnotisch zu behandeln.

Die Anamnese ergiebt (ich berühre natürlich nur die Punkte, welche zu den gegenwärtigen Fragen Bezug haben), dass Patientin seit ihrem 12. Jahre wegen nervöser Leiden sehr viele Curen versucht hat. Pat. giebt an, dass ihr alle Curen zunächst sehr schlecht bekommen seien. Sie kann aber Einzelheiten über diese anfängliche schlechte Wirkung nicht angeben. Sie äussert nur, dass ihr Allgemeinbefinden sich verschlechtert habe. Trotzdem hätten aber die verschiedenen Curen ihr eine vorübergehende Erleichterung immer gebracht.

Die körperliche Untersuchung, die — nebenbei bemerkt — ausgesprochene hysterische Sensibilitätsstörung ergiebt, löst eine erste hysterische Attaque aus. Patientin schliesst die Augen, nimmt einen äusserst ängstlichen Gesichtsausdruck an und schreit wiederholt laut auf. Aus den spärlichen und unvollständigen Antworten ergiebt sich nur, dass Patientin schreckhafte Visionen und unangenehme Sensationen im Körper hat. Die Attaque dauert $^1/_4$ Stunde. Patientin ist hernach für die Einzelheiten der Attaque vollständig amnestisch. Nur weiss sie, dass sie sich „schlecht befunden" hat.

Nach einigen Tagen der psychischen Vorbereitung wird der Patientin eine Hypnose gezeigt. Patientin selbst sitzt auf einem Stuhle. Kaum ist die Hypnose bei der anderen Patientin eingeleitet, als die erstere Patientin die Augen spontan schliesst, sie dann aber mit Mühe wieder aufreisst und erklärt, sie müsste in ihr Zimmer, es sei ihr schlecht. Sie erhebt sich, sie taumelt; unterstützt, schwankt sie wie ein Betrunkener, dabei hat sie die Augen geschlossen. Patientin bleibt nun 3 Tage lang in einem Zustand, der periodenweise der oben geschilderten Attaque vollständig gleicht. Zeiten mit schreckhaften Hallucinationen und grosser Angst wechseln mit ruhigern. Sie liegt auch dann meist mit geschlossenen Augen da. In den ruhigern Zeiten giebt sie gute Auskunft über ihren Zustand. Sie schildert ihn als einen „Halbschlaf", der zeitweise in ruhigen Schlaf überginge, zeitweise aber anderseits durch schreckhafte Träume, durch „ein furchtbares Alpdrücken" unterbrochen wäre. Sie kann jetzt auch gewisse Angaben machen, zu denen sie bei Aufnahme der Anamnese nicht fähig war. So erzählt sie, dass sie derartige Anfälle, wie sie jetzt einen habe, seit ihrem 12. Jahre gehabt habe. Der erste sei ausgelöst durch ein kaltes Bad, das ihr der Arzt verordnet habe. Seit jener Zeit hätte jede ärztliche Untersuchung oder therapeutische Maassnahme solche Anfälle ausgelöst. Diese Zustände stellten das dar, was sie mir gegenüber früher als allgemeines Uebelbefinden bezeichnet habe. Diese detaillirte Erinnerung käme ihr erst jetzt. Nach Abklingen des Anfalls schwand diese Erinnerung wieder mit derjenigen für die Einzelheiten des Anfalls.

In der weitern Behandlung konnte ich dann noch feststellen, dass ein ordi-

nirtes Fussbad und ein ander Mal ein ordinirtes nasses Tuch auf den Kopf ebenfalls einen analogen Anfall auslösten. Ich habe diese dann allerdings gleich coupiren können. Im Uebrigen erreichte ich durch eine Psychotherapie, die Pat. überhaupt nicht als Therapie empfand, ein schönes therapeutisches Resultat.

Die Art und Weise, wie hier der Versuch der Hypnotisation — dieses Mal noch im Stadium der psychischen Vorbereitung — zu hysterischen somnambulen Zuständen führte, ist durchsichtig genug. Seit früher Jugend hatten sich jene Zustände mit der Vorstellung eines ärztlichen Eingriffs eng associirt. Dank dieser Ideenverknüpfung löste die Hypnotisation den hysterischen Anfall aus, ohne dass die für die Hypnotisation characteristischen Proceduren als solche irgendwie von Belang waren. Patientin selbst fasste — im Gegensatz zu den Fällen, wo die hysterische Somnambulie als Assimilationsproduct auftritt — durchaus nicht ihre hysterische Attaque als eine Hypnose auf. Uebrigens muss ich noch hervorheben, dass in diesem Fall der hysterische Zustand vielleicht nicht rein associativ ausgelöst wurde. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass auf Grund der vielen früheren entsprechenden Erfahrungen die Patientin von vornherein das Auftreten dieser Zustände fürchtete. In diesem Falle wäre also ein autosuggestiver Factor hinzugekommen.

Fall 2. Junge Hysterica, zeigt seit einiger Zeit neben gewissen alten Stigmata dasjenige von Krampfanfällen. Den ersten derartigen Anfall hat sie angeblich ohne äussere Veranlassung gehabt. Patientin ist leicht tief zu hypnotisiren. Aber jede Hypnotisation endet mit einem Krampfanfall. Patientin schläft zunächst ganz ruhig in der Hypnose. Dann wird sie unruhig. Hierauf tritt eine zunehmende Blässe des Gesichts in Erscheinung. Sie erwacht, klagt über Uebelkeit und benommenen Kopf und gleich darauf beginnt ein typischer hysterischer Krampfanfall. Auf Grund dieser Erfahrungen wurde dann die Hypnotherapie abgebrochen. Nach längerer Zeit, als ich das volle Vertrauen der Patientin gewonnen hatte, machte sie mir folgendes Geständniss: Sie habe ein Liebesverhältniss gehabt. Der Liebhaber habe zum Coitus gedrängt. Sie habe endlich eingewilligt unter der Bedingung, dass er sie chloroformire. Der Liebhaber habe sie darauf in der Narcose deflorirt. Einige Zeit hernach habe jener sich dann das Leben genommen. Sie habe davon nichts gewusst, bis sie es zufällig in der Zeitung gelesen. Gleich darauf sei sie in den ersten Krampfanfall verfallen. Die Hypnose habe sie nun sicher durch gewisse auftretende Organempfindungen an jene Narcose erinnert. In Folge dessen sei ihr übel geworden und habe sie einen eingenommenen Kopf bekommen. Dann sei in ihr die Erinnerung an den Tod des Liebhabers und die diesbezügliche Zeitungsnotiz aufgetaucht, und das habe dann den Krampfanfall ausgelöst. Eine nach diesem Geständniss vorgenommene Hypnotisation mit diesbezüglichen Contrasuggestionen gegen jene Erinnerungsbilder führte zu einer normal verlaufenden Hypnose.

Hier entwickelte sich also auf der Grundlage eines hypnotischen Bewusstseins, angeregt durch gewisse ihm eigenthümliche Sensationen

des Nachlassens der Gedanken, der Leichtigkeit im Körper, der zunehmenden Müdigkeit etc., ein hysterischer Anfall. Der neue Bewusstseinszustand kündet sich durch allgemeine Unruhe auch objectiv an und grenzt sich so von der vorangehenden Hypnose ab. Ebenso wenig wie in der vorigen Beobachtung wird man übrigens hier den echt autosuggestiven Factor ausschliessen können.

Beobachtung 3. Dame, hysterisch, ist früher bereits erfolgreich hypnotisch behandelt. Sie ist über das Wesen der normalen Hypnose vollständig aufgeklärt. Ueber ihren Nachtschlaf äussert sie sich dahin, dass sie seit Wochen wieder gar nicht geschlafen habe. Zwischendurch habe sie aber am Tage und in der Nacht Zeiten, in denen sie von einer grossen Müdigkeit überfallen werde. Sie befände sich dann in einem Zwiespalt, wo ein Theil ihres Ichs schlafen wollte, ein anderer Theil sie aber daran hindere. Eine Erklärung dieses Zwiespalts kann mir Pat. nicht geben. Bezüglich ihrer früheren hypnotischen Behandlung giebt Patientin an, dass sie diesen Zwiespalt auch beim Hypnotisiren zu Anfang etwas empfunden habe. Später sei die Hypnose ganz ruhig gewesen. Dieselbe habe aber nur eine mässige Tiefe erreicht.

Bei dem ersten Versuch, die Patientin zu hypnotisiren, tritt sofort ein ausgesprochen krampfhafter Augenschluss auf. Dabei zeigt das Gesicht den Ausdruck lebhafter Unruhe. Zeitweilig reisst Patientin die Augen wieder auf. Dann aber führt ein heftiger Blepharospasmus zu erneutem Augenschluss. Zu ihm gesellt sich wiederholt ein allgemeiner Tremor. Ein sofortiges Erwecken aus diesem Zustand ist nicht möglich. Letzteres nimmt jedes Mal etwa zwei Minuten in Anspruch. Patientin selbst erklärt, dass sie sehr wohl wisse, dass diese Zustände nichts mit der normalen Hypnose zu thun hätten. Sie kämen einfach über sie, ohne dass sie sie erwarte. In viel leichterem Grade sei das auch bei der früheren hypnotischen Behandlung gewesen.

Im Verlauf einiger Wochen gelingt es mir, an dieses krampfhafte Stadium ein zweites einer ruhigen Hypnose anzuschliessen und weiterhin zeitlich das erste immer mehr abzukürzen. Parallel diesem Erfolg bessert sich der Nachtschlaf. Dabei zeigt aber die Stärke und Dauer jenes krampfhaften Einleitungsstadiums und ihr parallel die Güte des Nachtschlafs noch periodische Schwankungen.

Als ich eine hinreichend tiefe Hypnose erzielt habe, benutze ich die hypnotische Hypermnesie, um über die Ursache dieses innern Kampfes Klarheit zu bekommen. Patientin giebt dann im Zustand des systematisch eingeengten Bewusstseins an, dass sie vor vielen Jahren eine lange schwere Krankenpflege habe durchführen müssen. Damals habe sie dann oft, aus Furcht nicht im Moment der Noth sofort zu erwachen, gegen eine drohende Schläfrigkeit angekämpft. Es sei das derselbe Kampf gewesen, unter dem sie jetzt leide. Dieser Zusammenhang sei ihr im Wachsein nicht klar gewesen. Der jetzige Kampf sei aber entschieden heftiger. Dabei sei er aber durchaus nicht durch irgend ein Motiv zum Sträuben veranlasst. Sie wolle gerne in tiefe Hypnose kommen.

Auf weitere Fragen giebt Patientin an, dass dieser das Einschlafen hindernde Kampf Jahrelang geschwunden gewesen sei. Dann sei er vor einiger Zeit im Anschluss an eine neue Krankenpflege wieder aufgetreten. Er sei aber im Verlaufe

der hypnotischen Behandlung von neuem geschwunden, bis er dann mit grosser Heftigkeit zurückgekehrt sei. Ueber die Ursache dieses letzten Auftretens schweigt sich Patientin aus. Da ich merke, dass die Patientin dieses mit Absicht thut, breche ich das Ausfragen ab und suche die mir von ihr angegebenen Erinnerungsbilder nach Kräften suggestiv in ihrer Erregbarkeit herabzusetzen.

Nach dieser Zeit wird Hypnose und Nachtschlaf viel ruhiger. Aber immerhin zeigt die Patientin zu Anfang der Hypnose noch Spuren eines unangenehm empfundenen Zwangs und innern Kampfes. Speciell das Erwecken geht noch immer nicht prompt von statten.

Ich erkläre deshalb der Patientin in deren Wachsein eines Tages, dass sicherlich noch ein Erlebniss sie an einer ganz ruhigen Hypnose hindere. Ich bäte sie in ihrem Interesse, mir dieses zu sagen. Patientin erklärte, sie wolle sich das bis morgen überlegen. Am andern Tag erzählt sie mir dann, dass sie während ihrer früheren hypnotischen Behandlung in einer ihrer oberflächlichen Hypnosen gelegen habe, als sie unfreiwilliger Zeuge einer sehr unangenehmen Scene gewesen sei. Jene Hypnose sei bis dahin ganz normal gewesen. Aber in dem Moment, wo jene Scene passirt sei, hätte sie natürlich erwachen wollen und da sei plötzlich in nie früher aufgetretenem Grade eine Unfähigkeit zu erwachen und dieses schreckliche Gefühl des innern Kampfes aufgetreten. Sie habe damals Stunden lang nicht erweckt werden können. Seit jener Zeit datiere dieser Zustand. Sie habe sich bis zum Beginn meiner Behandlung nicht wieder hypnotisiren lassen.

Mit Hülfe detaillirter Contrasuggestionen gelang es mir jetzt in wenigen Tagen, eine durchaus normale Hypnose zu erzielen. Es war dabei interessant, dass erst zuletzt die Schwierigkeit des Erweckens völlig schwand. Die Hypnose wurde bereits erzielt, ohne dass Patientin irgend einen Zwang empfand. Aber sobald ich das Zeichen zum Erwachen gab, trat derselbe noch auf einige Secunden auf. Schliesslich schwand auch dieses Symptom.

Nachdem die Hypnose schon in allen ihren Theilen längere Zeit normal gewesen war, trat eines Tages plötzlich wieder jener alte krampfhafte Zustand auf. Ein Erwecken aus demselben war erst nach längerer Zeit möglich. Als Ursache dieses erneuten Auftretens ergab sich, dass Patientin an diesem Morgen einige Zeit vor dem Hypnotisiren durch eine rein äusserlich etwas ähnliche Scene an ihr peinliches Erlebniss erinnert worden war.

Die Patientin ist hysterisch veranlagt, d. h. sie ist durch Gefühle pathologisch leicht dissociirbar. Sie hat nun eine schwere Krankenpflege zu übernehmen. Allmählich droht die Erschöpfung sie zu übermannen. Sie fürchtet den Sieg der Müdigkeit. Und diese Furcht schwächt nur noch mehr, ja schwächt in pathologisch starkem Maasse die Widerstandskraft,[1]) an der auch die Sorge um die geliebte Kranke zehrt. Doch erträgt sie bis zum letzten Augenblick unter Anwendung ihrer äussersten Energie die Pflege. Dann aber bleibt für Jahre das Erinnerungsbild dieses Kampfes gegen die Müdigkeit in sinnlicher Leb-

[1]) Freud hat diese Erscheinung unter der nicht sehr glücklichen Bezeichnung des „hysterischen Gegenwillens“ beschrieben. Diese Ztschr., Bd. II.

haftigkeit in ihrem Bewusstsein erhalten: sie leidet an einer Agrypnie in dieser specifischen Färbung.

Nach Jahren der Heilung ruft eine erneute Krankenpflege — wohl wesentlich associativ — dieses Symptom von Neuem hervor. Dann zu einer Zeit, wo sie noch an dieser zweiten Agrypnie leidet, beginnt die erste hypnotische Behandlung. Die Hypnose ähnelt zunächst dem Nachtschlummer der Patientin. Allmählich aber wird sie normal, bis dann der grosse Schreck in der Hypnose auftritt. Für die Patientin war in diesem Moment nichts gegebener als zu erwachen. Sie konnte das sonst jeder Zeit. Aber die Aehnlichkeit der Situation schafft unter dem entsprechend bahnenden Einfluss des Schreckaffectes bei einer gesteigerten Dissociirbarkeit jenen Bewusstseinszustand, dessen Eintritt die Patientin während der früheren Krankenpflege immer gefürchtet hatte, den Zustand der Unfähigkeit sofort zu erwachen. Konnte man noch zweifelhaft sein, ob man die frühere Agrypnie als specifisch hysterisch auffassen musste, so kann bei dem jetzigen Bewusstseinszustand von einer anderen Classification keine Rede sein. Dieser Bewusstseinszustand mit der Unfähigkeit zu erwachen und mit dem peinvollen inneren Kampf ist von der vorangegangenen Hypnose vollständig zu trennen. Er ist unter dem Einfluss eines starken Affectes aus einem hypnotischen Bewusstseinszustand hervorgegangen, wie er unter anderen Verhältnissen aus dem normalen Wachsein hätte entstehen können.

Als dann später von mir die hypnotische Behandlung wieder aufgenommen wird, löst diese von Neuem einen derartigen Bewusstseinszustand aus. Es handelt sich dabei um ein associatives Zustandekommen des letzteren. Derselbe stellt kein Assimilationsproduct dar. Denn die Patientin gab ausdrücklich an, dass sie ja das Wesen der normalen Hypnose durchaus kenne, dass sie nur den Eintritt einer solchen erwartet habe, dass dieser abnorme Zustand ganz spontan über sie gekommen sei. Die von mir hervorgerufene Zielvorstellung ist also durchaus nicht im Sinne dieses abnormen Zustandes assimilirt worden. Der letztere tritt als etwas Fremdes hinzu. Dagegen lässt sich der bahnende Einfluss einer eventuellen Furcht vor einem solchen Zustand, d. h. der secundär autosuggestive Factor, nicht einfach deswegen in Abrede stellen, weil sie von der Patientin nicht beobachtet wurde. Solche autosuggestive Momente sind oft so dunkel bewusst (ja eventuell sogar unbewusst), dass sie öfter nur bei schärfster Selbstbeobachtung im Zustand des eingeengten Bewusstseins erkannt werden können.[1])

[1]) Vgl. Vogt, „Die Zielvorstellung der Suggestion.“ Diese Ztschr., Bd. V.

Das spätere episodische Wiederauftreten jenes Bewusstseinszustandes hatte natürlich seinen Grund darin, dass die entsprechende Tendenz der psychophysischen Constellation durch ein neues Erlebniss frische Nahrung erhalten hatte.

In allen diesen Fällen wird auch von der die Symptome zeigenden Person die hysterische Somnambulie als ein selbstständiger heterogener Bewusstseinszustand empfunden, der aus dem Rahmen der durch Fremdsuggestion erzielten Bewusstseinserscheinungen heraustritt.

Dabei ist jedesmal die so entstandene hysterische Somnambulie als eine Affectäusserung anzusehen. Ein affectbetontes Ereigniss hat einst die erste hysterische Somnambulie ausgelöst. Später rief irgend eine Bewusstseinserscheinung, die mit dem Erinnerungsbild jenes affectstarken Ereignisses intellectuelle Elemente gemein hatte, dasselbe wach und löste so von Neuem eine Somnambulie aus. Derselbe Process kann sich so in einer Hypnotisation wiederholen. Weiterhin aber rufen derartige associativ verwandte Bewusstseinserscheinungen bereits Somnambulien hervor, ohne dass das Erinnerungsbild jenes primären Ereignisses zum Bewusstsein kommt. Dieses macht sich dann nur durch seine Affectäusserung psychisch bemerkbar. Es bleibt aber in seinem physiologischen Parallelvorgang betheiligt.[1]) Auch in dieser Weise können hysterische Somnambulien associativ während einer Hypnotisation ausgelöst werden. Dagegen darf in einem reinen Fall associativer Auslösung das Auftreten irgend eines mit der hysterischen Somnambulie in primärer oder secundärer Verbindung stehenden Bewusstseinselementes nicht in dem Hypnotisirten die Idee wecken, dass er nunmehr in jene hysterische Somnambulie verfallen würde. In diesem Fall nimmt jener Entstehungsmodus Theil, den wir jetzt näher betrachten wollen.

3. Autosuggestiv entstandene hysterische Somnambulien.

In allen drei Beobachtungen, die im vorhergehenden Abschnitt associativ ausgelöste hysterische Somnambulien illustriren sollten, liess sich der autosuggestive Factor nicht vollständig ausschliessen. Diese Thatsache hat ihren einfachen Grund in der Gedankenrichtung eines hysterischen Individuums. Der Hysterische kennt seine Schwäche. Er weiss

---

[1]) Vgl. über associirte Gefühle meine 2. Forts. „Zur Kenntn. d. Wesens etc.“ Diese Ztschr., Bd. IV.

seine Tendenz zu Krampfanfällen und dgl. und fürchtet deshalb ihr Auftreten. Er wird bis zum gewissen Grade Nosophobe. Wo immer also eine äussere Veranlassung da ist, wird er das Auftreten dieser oder jener Erscheinung fürchten, d. h. wird diese oder jene angstbetonte Zielvorstellung in ihm auftreten. In andern, aber meiner Erfahrung nach viel selteneren Fällen sind es andere Gefühle, solche der Eitelheit und der Gefallsucht etc., die gewissen Zielvorstellungen eine Affectstärke geben. Nun haben wir andererseits schon wiederholt gesehen, dass Hysterische durch Gefühle pathologisch leicht dissociirbar sind. Es ergiebt sich auf diese Weise, dass Hysterische nicht nur zu affectstarken Zielvorstellungen neigen, sondern gleichzeitig zu deren abnorm intensiven Folgewirkungen pathologisch stark tendiren. So verstehen wir die grosse Bedeutung der Autosuggestion für das Zustandekommen der hysterischen Erscheinungen überhaupt und der hysterischen Somnambulien in der Hypnose speciell.

Patientin kam in Behandlung wegen einer hysterischen fortlaufenden Amnesie. Patientin war eine der ersten, bei denen ich die Hypnotherapie versuchte. Es gelang mir, den Dämmerzustand zu beseitigen und auch die Erinnerung für die vergangene Zeit wieder herzustellen. Es stellte sich heraus, dass der Dämmerzustand mit einer hysterischen Syncope eingesetzt hatte. Nur für die Art und Weise, wie diese eingesetzt hatte, konnte ich die Amnesie nicht beseitigen. Patientin war sehr suggestibel und so versuchte ich denn einige der üblichen Experimente zu wiederholen, unter andern eine sog. negative Hallucination zu suggeriren. Patientin befand sich im Zustand des sog. activen Somnambulismus: Ihre Augen waren geöffnet. Ich gab ihr jetzt die Suggestion, keine der um sie befindlichen Personen mehr zu sehen. Gleich darauf nahm sie eine äusserst erschreckte Miene an und schrie: „Oh, ich werde wieder krank, wieder krank, ich seh ja alles wieder roth.“ Gleichzeitig begann Patientin zu schwanken. Ich versetzte Patientin sofort wieder in tiefen Schlaf und nach einigen beruhigenden Suggestionen fragte ich sie dann nach der Ursache ihrer Befürchtung der Wiedererkrankung. Patientin gab nun an, dass sich meine Suggestion, niemanden mehr zu sehen, in der Weise realisirt habe, dass sie überhaupt nur noch eine rothe Farbe vor Augen gehabt habe. Sie hätte sich nun mit einem Male erinnert, dass so ihre Krankheit begonnen habe. Sie habe damals plötzlich nichts mehr von ihrer Umgebung gesehen; sie habe nur noch eine rothe Farbe vor Augen gehabt und dann sei sie hingestürzt. Diese Erinnerung habe ihr jetzt die Idee geweckt, dass es ihr dieses Mal ebenso gehen würde.

Die von mir der Patientin gegebene Suggestion der negativen Hallucination ist von dieser in der positiven Form [1]) des ausschliesslichen Sehens einer rothen Farbe zur Realisation gekommen. Bisher handelt es sich aber noch um einen hypnotischen Zustand. Aber dieser hat

[1]) Vgl. darüber meine Bemerkungen in Forel's Hypnotismus. 3. Auflage.

für die Patientin durch diese specielle positive Form, in der die negative Hallucination auftritt, die enge Beziehung zu ihrer früheren hysterischen Attaque. Es tritt das Erinnerungsbild dieser lebhaft ins Bewusstsein der Patientin. Zu ihm gesellt sich eine starke Angst. So ist vollständig der Boden für die Entwickelung eines hysterischen Zustandes auf der Grundlage des hypnotischen geschaffen. Nur die coupirende Wirkung des sofort suggerirten tiefen Schlafes hinderte diese Entwickelung eines secundären autosuggestiven hysterischen Bewusstseinszustandes.

In diesem Fall ist es eine dem bisherigen hypnotischen Bewusstseinszustand und dem früheren hysterischen Anfall gemeinsame Empfindung, die zur angstbetonten Zielvorstellung führt. In anderen Fällen können solche Autosuggestionen ohne nachweisbare associative Verknüpfung während der Hypnotisation in Erscheinung treten. In noch anderen Fällen können solche Zielvorstellungen von vornherein den Kranken beherrschen.

Für alle diese Fälle aber bleibt characteristisch, dass der Hypnotisirte sich bewusst ist, dass die zur Autosuggestion führende Zielvorstellung nicht zu jenem Complex von Vorstellungselementen gehört, die der Hypnotiseur hervorrufen will.

4. Hysterische Somnambulien in Folge von Gemüthsbewegungen.

Der Einfluss irgendwelcher Gemüthsbewegungen auf ein bestimmtes hysterisches Symptom ist so allgemein bekannt, dass wir darüber kein Wort zu verlieren brauchen. Es erscheint so auch ganz selbstverständlich, dass nach einer vorangegangenen oder bei einer vorhandenen Gemüthserregung die Hypnotisation leichter auf eine der drei vorhergeschilderten Weisen eine hysterische Somnambulie auslösen wird als ohne diesen dissociirenden Factor. Besonders wird bei einer vorhandenen allgemeinen Aengstlichkeit die Tendenz zu irgendwelchen Autosuggestionen wesentlich gesteigert sein.

Die folgende Beobachtung mag zur Illustrirung in diese Rubrik gehöriger Fälle dienen.

Eine Patientin habe ich zunächst hypnotisirt, während sie sich im hysterischen Dämmerzustand befand. In diesem war ihr Bewusstsein stark eingeengt und traumhaft getrübt. Sie war über ihre Umgebung durchaus desorientirt. Man konnte dabei überhaupt nur auf sie psychisch einwirken, indem man sich den sie beherrschenden Traumideen anpasste. Auf diese Weise erzielte ich einen hypotactischen Schlummerzustand. In demselben erhielt sich zunächst vollständig jene delirien-

hafte Bewusstseinstrübung und -einengung. Allmählich aber konnte ich im Zustand der Hypotaxie den Umfang des Bewusstseins erweitern. Patientin wurde schliesslich vollständig orientirt. Wurde sie dann geweckt, so war sie vollständig klar. Sie hatte für den vorhergehenden somnambulen Zustand Krankeitseinsicht. Die geringste gemüthliche Erregung, mannigfache Associationen oder Autosuggestionen riefen aber sehr bald von Neuem den Dämmerzustand hervor. Ich leitete dann jedes Mal eine Hypnose ein. Diese führte am Schluss immer zu einer allmählich längere Zeit anhaltenden Klarheit. Andererseits aber hatte sich so eine enge Verknüpfung zwischen Anfang der Hypnose und dem Bewusstseinsinhalt des hysterischen Dämmerzustandes ausgebildet. Infolgedessen zeigte sich später auch dann noch zu Anfang der Hypnose diese delirienartige Bewusstseinstrübung, wenn die schon wesentlich gebesserte Patientin in klaren Augenblicken zum Zweck einer Schlafkur hypnotisirt wurde. Patientin erholte sich mehr und mehr. Die Dämmerzustände traten nur noch nach schweren, äusserer Umstände halber nicht vermeidbar gewesenen gemüthlichen Erregungen auf. Zu Anfang jeder Hypnose aber zeigten sie sich noch. Aber auch hier wurde die Correctur immer leichter. Als dann einige Zeit überhaupt kein hysterischer Dämmerzustand mehr aufgetreten war, schwanden sie auch vollständig zu Anfang der Hypnosen. Nur nach jeder stärkeren gemüthlichen Erregung traten sie jetzt noch zu Anfang der nächsten Hypnosen auf. Dagegen war die Patientin jetzt so weit geheilt, dass jene Gemüthsbewegungen keinen hysterischen Dämmerzustand mehr auslösten. Nur noch zu Beginn der folgenden Hypnosen äusserte sich ihr pathogener Einfluss. Mit der vollständigen Heilung schwand auch dieser Einfluss.

III. Diagnostik in der Hypnose wiederholter hysterischer Somnambulien.

Als diagnostische Schwierigkeit kann vor Allem eine Abgrenzung gegen den somnambulen Traum in Betracht kommen. Wir haben schon oben hervorgehoben, dass letzterer durch die geringere Intensität der Affecte, durch die starke Einengung des Wachseins und die Möglichkeit eines sofortigen Erweckens characterisirt ist. Ein Beispiel mag hier die differentialdiagnostischen Momente näher beleuchten.

Patientin liegt in einem hypnotischen Schlaf. Der Gesichtsausdruck war bisher ein ganz ruhiger. Jetzt zeigt sich ab und zu ein für den Zornaffect characteristisches Verziehen des einen Mundwinkels. Dieses Verziehen des Mundwinkels nimmt an Häufigkeit zu. Es gesellt sich dazu allmählich ein Zischen mit den Zähnen. Das ganze Gesicht wird mehr und mehr vom Zornaffect beherrscht. Weiterhin dehnt sich eine Muskelspannung auf den ganzen Körper aus.

Wenn ich mich in diesem Moment der Patientin nähern würde, so würde sie mich — wie ich aus vorhergehenden Beobachtungen weiss — stossen und kratzen. Denn sie glaubt sich — wie ich bei früheren

Vorkommnissen mit Hülfe der hypnotischen Hypermnesie habe in Erfahrung bringen können — zur Zeit angegriffen. Sie würde meine Annäherung in diesem Sinne assimiliren und sich gegen ihren vermeintlichen Angreifer zu vertheidigen suchen. Wenn ich jetzt zur Träumerin sage, sie solle sich doch beruhigen, ich, der Arzt sei bei ihr, nimmt der Zornaffect zu. Das geschieht deshalb, weil die Träumerin darüber noch erregter wird, dass sie glaubt, dass der vermeintliche Feind nun noch gar behaupte, der Arzt zu sein. Erkläre ich statt dessen, ich würde bis 3 zählen und sie würde dann erwachen, und zähle ich darauf bis 3, so tritt sofortiges Erwachen ein. Patientin erklärt, in gereizter Stimmung zu sein. Sie vermuthet sofort auf Grund früherer Erfahrungen, einen entsprechenden Traum gehabt zu haben. Sie kann sich auf diesen aber nicht besinnen. Im Uebrigen ist sie aber jetzt im Zustand des normalen Wachseins.

Hier handelt es sich also um einen echten somnambulen Traum. Die Träumerin war zwar von einem starken Zornaffect beherrscht. Aber derselbe erreichte bei weitem nicht den pathologischen Grad, den wir gleich zu schildern haben werden. Patientin bleibt mit geschlossenen Augen auf ihrem Lager liegen. Das Wachsein beschränkt sich also auf enge Grenzen. Es gelingt endlich sofort, Patientin zu erwecken.

Bei einem früheren derartigen Vorkommniss habe ich die Träumerin nicht geweckt. Ich habe sie ihrem Traum weiter überlassen. Da nahm dann die gemüthliche Erregung mehr und mehr zu. Die Träumerin fängt an, auch mit den Armen Bewegungen zu machen. Plötzlich öffnet sie dann die Augen und springt vom Lager auf. Sie stürzt sich auf mich los, kratzt, beisst und würgt mich. Vier Wärterinnen und ich vermögen kaum die garnicht kräftig gebaute Patientin zu halten. Jedes gütliche Zureden ruft die gegentheilige Wirkung hervor, weil es in dem oben schon geschilderten falschen Sinne aufgefasst wird. Ein „Erwecken“ aus diesem somnambulen Zustand ist vollständig unmöglich. Es bleibt mir nichts Anderes übrig, als die Patientin durch Hyoscin einzuschläfern.

Aus dem Bewusstseinszustande des somnambulen Traumes hatte sich derjenige einer hysterischen Somnambulie entwickelt. Wir sehen als die für den letzteren characteristischen Anzeichen die Zunahme des Affectes, die Erweiterung des Wachbewusstseins und die Unfähigkeit der momentanen Beseitigung des Dämmerzustandes.

Zusammenfassung des 2. Abschnittes.

1. Im Verlaufe einer Hypnotisation können sich früher aufgetretene nicht zu den somnambulen Träumen zu rechnende somnambule Bewusstseinszustände wiederholen.

2. Derartige Bewusstseinszustände gehören stets der Psychopathologie an.

3. Unter ihnen kommen ihrer Häufigkeit nach die hysterischen Somnambulien vor Allem in Betracht.

4. Diese können durch alle diejenigen Mechanismen ausgelöst werden, die wir beim Zustandekommen der somnambulen Träume kennen lernten.

5. Sie unterscheiden sich von letztem durch stärkere Intensität eventueller Affecte, grössere Ausdehnung des Wachseins und Unmöglichkeit momentaner Beseitigung.

3. Abschnitt.

Hypnotische Dissociation und spontane Somnambulie.

In den bisherigen Ausführungen haben wir als die Ursache für das Zustandekommen der somnambulen Träume den Umstand kennen gelernt, dass die Disposition dazu durch frühere Erlebnisse geschaffen war. Nun stellt ja aber jede Hypnose an sich einen Dissociationszustand dar. Jeder Dissociationszustand aber begünstigt als solcher das Zustandekommen von Somnambulien. Wir haben uns daher jetzt der Frage zuzuwenden, welche derartige Rolle eventuell die Hypnose zu spielen im Stande ist.

Die Begünstigung kann — so muss man von vornherein erwarten — einmal eine durch frühere Erlebnisse geschaffene Disposition steigern. Es könnte so die hypnotische Dissociation die Wiederholung früherer Somnambulien ermöglichen, die durch andere therapeutische Eingriffe nicht hervorgerufen wären. Kann dann aber weiterhin nicht jene Dissociation die Grundlage für ganz neue somnambule Zustände werden? Wir wollen diese beiden Punkte getrennt betrachten.

I. Hypnotische Dissociation und spontane Wiederholung früherer Somnambulien.

In den Ausführungen der vorhergehenden Abschnitte haben uns die meisten Beispiele gelehrt, dass die Dissociation der hypnotischen

Bewusstseinszustände für die Wiederholung früherer Somnambulien von keiner oder geringer Bedeutung war. Sahen wir doch schon gelegentlich die Hypnotisation im Stadium der psychischen Vorbereitung Somnambulien associativ auslösen!

Nur an einer Stelle haben wir dieses Momentes kurze Erwähnung gethan. Wir sahen, dass gewisse somnambule Träume dadurch ausgelöst werden können, dass sie zunächst als Träume des oberflächlichen Schlafes auftraten.

P. hat einen somnambulen Traum im spontanen Mittagsschlaf gehabt. Ich habe ihn während dessen beobachtet. P. ist beim Erwachen amnestisch für diesen Traum. Ich versetze P. jetzt in eine oberflächliche Hypnose und frage ihn nach dem Trauminhalt. Es fällt ihm dieser jetzt ein. Aber kaum hat er mir das kurz mitgetheilt, als er von Neuem den betreffenden Inhalt in somnambuler Form durchträumt. Ich setze mich mit P. in Rapport, führe den somnambulen Zustand in eine ruhige Hypnose über und gebe P. die Suggestion, beim Erwachen sich des Trauminhalts zu erinnern. Ich wecke dann P. P. erzählt mir dann im Wachen den Traum ohne irgend eine Tendenz, wieder in die Somnambulie zu verfallen. Darauf versetze ich P. von Neuem in oberflächliche Hypnose. Ich fordere ihn jetzt auf, mir nochmals seinen Trauminhalt zu erzählen. Und siehe da: gleich nach Beginn der Erzählung verfällt P. wieder in Somnambulie.

P. hatte diesen Mittag einen Traum gehabt, der schon öfter den Inhalt somnambuler Träume gebildet hatte. Die Erinnerung an denselben im Wachsein rief durchaus nicht in P. eine Tendenz zur Somnambulie hervor. In der oberflächlichen Hypnose trat aber dank der hypnotischen Dissociation jener Trauminhalt mit viel grösserer Lebhaftigkeit ins Bewusstsein. Zunahme der Lebhaftigkeit der Erinnerungsbilder und Verminderung ihrer Hemmung durch Contrastvorstellungen ist ja characteristisch für jeden Dissociationszustand. Dank diesen beiden sich wechselseitig bedingenden Momenten führte das in der Hypnose auftretende Erinnerungsbild des Trauminhalts zum entsprechenden Traum selbst.

Noch ein anderes Beispiel sei hier erwähnt.

R. hat ein Erlebniss gehabt, das einen hysterischen Anfall auslöste. Im Wachsein erzählt mir R. dieses Erlebniss ohne jegliche Reaction. In der Hypnose dagegen löst der Versuch der Erzählung sofort die associirte Attaque aus.

Wir sehen also, dass die hypnotische Dissociation die Wiederholung früherer Somnambulien begünstigen kann.

Aber dieses gilt nicht von allen durch Schlafsuggestionen ausgelösten Bewusstseinszuständen.

Fall 3. Es handelt sich um eine hysterische Patientin, die durch unerwartete plötzliche Geräusche, z. B. Händeklatschen, Knall einer Selterflasche etc., in lethargische Zustände verfällt. Dieselbe Reaction tritt auf, wenn das Geräusch in dem Moment ertönt, wo Patientin in der Hypnose liegt. Der Unterschied zwischen dem primären hypnotischen und dem secundären hysterischen Zustand fällt dem geübten Beobachter sofort auf. Der Gesichtsausdruck wird wesentlich schlaffer, das Gesicht ganz blass, die Musculatur des ganzen Körpers zeigt die stärkste mögliche Atonie, jeder Rapport ist geschwunden. In diesem Fall lehrt nun die eingehendere Beobachtung ein häufigeres Auftreten derartiger Zustände im Anschluss an Geräusche in der Hypnose als im Wachsein. Schon leisere Geräusche rufen im erstern Bewusstseinszustand die Lethargie hervor. Patientin findet bei darauf gerichteter Selbstbeobachtung die Ursache dieser Vermehrung. Die Geräusche rufen ein Erschrecken der Patientin hervor und die Lethargie tritt als pathologische Ausdrucksbewegung dieses Erschreckens auf. Im Wachsein kann Patientin nun ab und zu das Erschrecken im Moment seines Entstehens corrigiren. Sie kann sich schnell selbst sagen, das Geräusch stammt von einer Selterflasche etc., und kann so den drohenden Anfall coupiren. Befindet sich Patientin dagegen in einem suggerirten Schlummerzustand, da ist die Denkthätigkeit gehemmt, eine derartige logische Correctur bleibt aus und die Lethargie tritt auf. Diese Vermehrung der Tendenz zu lethargischen Zuständen ist nun nicht etwa aber specifisch für die Hypnose. Dieselbe zeigt sich auch in dem spontanen oberflächlichen Schlaf. Andererseits giebt es gewisse hypnotische Zustände, in denen die Lethargie nicht mehr durch Gehörsreize ausgelöst wird. Hierher gehört der suggerirte tiefe Schlaf und dann ein partielles Wachsein, wo die Aufmerksamkeit ganz und gar auf die logische Correctur eines eventuellen Erschreckens eingestellt ist.

Diese Beobachtung zeigt uns also, dass es von dem Umfang und der Tiefe der Schlafhemmung abhängt, ob die hypnotische Dissociation das Zustandekommen gewisser Somnambulien begünstigt oder nicht. Nun wissen wir, dass wir die Gestaltung der Schlafhemmung im Allgemeinen in unserer Macht haben. Daraus ergiebt sich dann auch die practische Folgerung, dass wir einem derartigen Entstehen spontaner Somnambulien durchaus entgegenwirken können.

Weiterhin veranlasst uns der zuletzt betrachtete Fall zu der Frage, wie sich bezüglich der Begünstigung von spontanen Somnambulien die hypnotische Dissociation zu derjenigen spontaner Schlafzustände verhält. Wir sahen die Zunahme der lethargischen Zustände im obigen Falle auch beim spontanen Schlummerzustand.

Ich glaube, dass im Allgemeinen spontane Somnambulien und verwandte Complicationen bei hypnotischen Schlafzuständen häufiger auftreten als im spontanen Schlaf. Der Ursachen giebt es mehrere.

Soweit es sich um oberflächlichere Schlafzustände handelt, ist die hypnotische Dissociation im Allgemeinen logischer als der spontane

Schlummer. Dieses ist entschieden da vor Allem der Fall, wo man weniger, als ich es persönlich thue, einen dem Nachtschlaf möglichst ähnlichen Bewusstseinszustand zu erstreben sucht.[1]) Dann kommt weiter die Thatsache in Betracht, dass das Moment der Erschöpfung bei der Hypnose im Allgemeinen weniger vorhanden ist als bei dem spontanen Schlaf. Diese grössere Logik begünstigt nun entschieden vor Allem das Auftreten von Autosuggestionen. Letztere erkannten wir andererseits aber als eine der Ursachen für spontane Somnambulien. In dieser Weise kann also die hypnotische Dissociation durch die ihr eigenthümlichen Eigenschaften das Zustandekommen von Somnambulien mehr begünstigen als der spontane Schlaf.

Eine weitere Ursache, die aber noch mehr als die bessere Logik Autosuggestionen begünstigt, ist die gesteigerte Aufmerksamkeit, die der zur Hypnotisirende der Hypnotisation widmet, während er sich dem spontanen Einschlafen gegenüber gleichgültig verhält.

Eine letzte Ursache ist aber, und sie spielt die Hauptrolle, die bei Hypnotisationen auftretende Aengstlichkeit, die ebenfalls beim spontanen Schlaf fehlt.

Diese 2. und 3. Ursache, die spontane Somnambulien in der Hypnose öfter als im spontanen Schlaf entstehen lassen, haben natürlich nichts mit dem Wesen der hypnotischen Dissociation zu thun. Da wo sie wirken, kann daher auch die Hypnotisation in der Eigenthümlichkeit ihres Verfahrens und ihrer Wirkung nicht in Betracht kommen. Wenn wir dann andererseits bedenken, dass wir einer Begünstigung des Auftretens spontaner Somnambulien durch Gestaltung der Ausdehnung und Tiefe der Schlafhemmung entgegenwirken können, so erscheint mir daraus hervorzugehen, wie selten bei geschicktem Vorgehen die hypnotische Dissociation die Wiederholung spontaner Somnambulien veranlassen wird.

II. Hypnotische Dissociation und spontanes Auftreten neuer Somnambulien.

In diese Rubrik gehören gewisse Affectwirkungen, die gelegentlich in einer hypnotischen Dissociation in Folge des Fortfalls hemmender Momente eine Somnambulie auslösen können, die zuvor nie aufgetreten war.

---

[1]) Vgl. Döllken, „Zur Physiologie der Hypnose.“ Diese Zeitschr., Bd. IV.

Ich hypnotisire eines Tages N. N. beginnt, hypotactisch zu werden, als N. plötzlich in lautes Lachen ausbricht. N. erscheint davon sehr peinlich berührt. Aber die eigene Anstrengung, sowie von mir gegebene Contrasuggestionen steigern nur das Lachen. Ich unterbreche die Hypnotisation. N. erklärt, ihr Lachen sei wirklich dumm. Sie würde über diesen Grund sonst überhaupt nicht lachen. Aber heute in der oberflächlichen Hypnose sei ihr eine Sache plötzlich eingefallen und sei ihr dann so lächerlich vorgekommen. Und je mehr sie sich dann Mühe gegeben, um so mehr habe das Lachen zugenommen.

Dieses Beispiel enthält — in weit schwächerem Grade — die Momente, die eventuell zu einer Somnambulie führen können. Eine an sich wenig lachenswerthe Sache ruft in der Hypnose heftiges Lachen hervor. Warum? Weil jede Contrastvorstellung fehlt. Und zu diesem ungehemmt auftretenden Affect gesellt sich dann noch die ihrerseits auch ungehemmt wirksame Angst vor ihm.

So kann ich mir denken, dass gelegentlich einmal ein sexuell stark veranlagtes Individuum, das im Wachsein anerzogene Hemmungen hat, auf diese Weise solche neuauftretende Somnambulien zeigt, wie sie Brügelmann und Stadelmann beschreiben.[1]) Allerdings eine Bedingung müsste noch weiter erfüllt sein: es müsste eine Hysterie, d. h. ein krankhaft leicht durch Gefühle dissociirbares Bewusstsein vorliegen. Dementsprechend bin ich von vornherein geneigt, nach diesem Modus entstandene Somnambulien als hysterische und damit als pathologische Erscheinungen aufzufassen. Ich selber habe nie einen derartigen Fall beobachtet.

Zusammenfassung über den 3. Abschnitt.

1. Spontane Somnambulien können eventuell dadurch sich in Hypnosen wiederholen, dass diese durch die ihnen eigenthümliche Dissociation das Wiederauftreten somnambuler Bewusstseinszustände begünstigen.
2. Diese Wirkung einer Hypnose lässt sich durch anderweitige Gestaltung der Schlafhemmung beseitigen.
3. Es ist denkbar, dass bei hysterischen Individuen in der hypnotischen Dissociation gelegentlich einmal

[1]) Mit Recht hat Löwenfeld die geschlechtliche Erregung im Brügelmann'schen Fall als rein accidentell und ohne Beziehung zur Hypnotisation hingestellt. Höchstens können die Streichungen, die ich selbst deshalb auch meist vermeide, als fördernd in Betracht kommen. Interessant ist, dass Braid eine Steigerung der sexuellen Erregbarkeit nicht bei der Hypnose, wohl aber bei der Aethernarcose beobachtet hat. M. Bramwell, James Braid, Proc. of the Soc. f. Ps. R. P. 30.

ein ungehemmter Affect eine früher nie aufgetretene Somnambulie auslöst.

Schlussbetrachtungen.

Soweit meine Erfahrungen reichen, haben wir im Vorhergehenden alle Entstehungsmöglichkeiten spontaner Somnambulien im Anschluss an Hypnotisationen betrachtet. Wenn wir nun nach dieser Uebersicht die Beobachtungen Brügelmanns, Stadelmanns und Loewenfelds classificiren wollten, so müsste ich gestehen, dass mir dazu für jeden Fall die genügenden Einzelheiten fehlen. Nur den Fall Loewenfelds glaube ich mit grosser Wahrscheinlichkeit als zu den somnambulen Träumen gehörig auffassen zu dürfen: und zwar wegen des stark eingeengten Bewusstseins, des geringen affectiven Lebens und der Möglichkeit des sofortigen Erweckens.

Loewenfeld legt ferner grossen Werth darauf, dass man derartige Fälle ja nicht zur Hypnose rechne. Ich stimme sachlich und auch nomenclatorisch durchaus mit diesem Autor überein. Aber über den Begriff der Hypnose herrscht ja heute noch leider keine Übereinstimmung. Ich will deshalb die Quintessenz meiner ganzen Ausführungen allgemeiner dahin zusammenfassen, dass, wo immer eine Hypnotisation zu einer spontanen Somnambulie führt, der resultirende Bewusstseinszustand einen abnormen oder einen pathologischen Character trägt und eine entsprechende Disposition des Individuums zur Voraussetzung hat.

Im Uebrigen bin ich der Ansicht, dass gerade das eingehende Studium dieser von der Norm abweichenden Bewusstseinszustände zu einer schärfern Erkennung der in den Rahmen des normalen psychophysischen Geschehens fallenden Suggestiverscheinungen, über die hinaus ich mit Loewenfeld und andern Autoren den Begriff der Hypnose keineswegs ausdehnen möchte, führen wird. Besonders von diesem Gesichtspunkt aus habe ich die ganze Untersuchung vorgenommen und solange die Aufmerksamkeit des Lesers in Anspruch zu nehmen gewagt. Gerade die eingehende Analyse der durch Somnambulien complicirten Hypnosen wird meiner Ansicht nach dazu beitragen, zwei Punkte scharf beleuchten: den Unterschied zwischen Hypnose und Hysterie und den Unterschied zwischen gefühlsschwacher und affectstarker Suggestion. Wir werden die Hypnose in der beliebigen Lenkbarkeit ihrer Schlafhemmung als die Folgewirkung der Dissociirung des Bewusstseins durch affectlose Ziel-

vorstellungen, dagegen die Hysterie als sich durch eine krankhaft starke emotionelle Dissociirbarkeit äussernd kennen lernen. Und andererseits werden — wie ich speciell v. Schrenck-Notzing zu beweisen haben werde — die affectstarken Zielvorstellungen nicht nur der Selbstbeobachtung als verschieden von den gefühlsschwachen erscheinen, sondern sie werden sich auch durch die geringe Möglichkeit einer suggestiven Modificirbarkeit ihrer Folgewirkungen dem aufmerksamen Beobachter objectiv als etwas Besonderes kundgeben. Ich werde auf diese Punkte in anderem Zusammenhang eingehend zurückkommen.

Hier möchte ich nur noch zum Schluss eine practische Frage berühren. Bilden drohende oder bereits aufgetretene spontane Somnambulien eine Contraindication gegen die Hypnotherapie? Brügelmann und Stadelmann haben in ihren Fällen die hypnotische Behandlung fortgesetzt, Loewenfeld hat sie abgebrochen.

Zunächst möchte ich da bemerken, dass man einer drohenden Somnambulie vorbeugen kann. Unliebsamen Assimilationen, Associationen, Autosuggestionen und gemüthlichen Erregungen kann man durch die psychische Vorbereitung des Patienten [1]) und ein geschicktes suggestives Vorgehen beim Hypnotisiren selbst entgegen treten. Auf eben diese Weise kann man die Form der Schlafhemmung ändern.

Ist aber eine Somnambulie einmal aufgetreten, so sehe ich darin überall da eine Contraindication, [2]) wo irgend eine andere Therapie mit geringerer Mühe zum Ziele führt. Ist aber sonst dringend die Hypnotherapie angezeigt, so wird mit genügender Geduld und Ausdauer ein gewandter Psychotherapeut in jedem Fall die geschaffene Schwierigkeit allmählich überwinden können und schliesslich eine normale Hypnose erreichen.

---

[1]) Vgl. hierüber das Nähere in Brodmann, „Zur Methodik der hypnotischen Behandlung. 2.—4. Fortsetzung. Diese Ztschr., Bd. VII.

Referate und Besprechungen.

M. Sanjuan, Sur les hallucinations symboliques dans les psychoses et dans les rêves des sourds-muets. Archives de Neurologie 1897, III.

Verf. constatirt a priori, dass wenn ein taubstumm geborener Mensch, der keinerlei Unterricht genossen hat, von einer mit Hallucinationen verbundenen Psychose befallen wird, diese Hallucinationen, soweit sie mit der Sprache zu thun haben, nur in Form von Gebärden und mimischen Bewegungen auftreten können also an Stelle der Gehörstäuschungen die allein verständlichen Gesichtstäuschungen treten. Er hatte Gelegenheit, diesen Satz bei einem an alcoholischem Delirium leidenden Taubstummen bestätigt zu finden. Die Männer, die dieser hallucinirte, blieben stumm, drohten ihm aber durch ihre Gebärden an, ihn zu erwürgen.

Des weiteren verlegte sich Verf. auf das Studiuum der Träume von solchen Taubstummen, die Unterricht genossen hatten, mit denen ihm also eine Verständigung leichter möglich war. Es zeigte sich, dass auch bei diesen schon im Wachzustande die Mimik und Gebärdensprache immer noch die Hauptrolle spielte, da sie allein einen organischen Bestandtheil ihres Wesens bildete, während die übrigen Arten sich zu verständigen angelernt waren und blieben. So verhielten sich denn auch die Traumgestalten dieser Menschen entweder völlig stumm oder wenn sie sich verständigen wollten, so thaten sie das auf mimischem Wege. Weitaus seltener bedienten sich die Traumgestalten der articulirten Sprache, der künstlichen Fingersprache oder gar der Schrift. Die Antwort des Träumenden erfolgte stets in der entsprechenden Weise. Es stimmen also in den Psychosen und Träumen des Taubstummen die auf die Sprache bezüglichen Hallucinationen überein mit der Art, wie sich die Betreffenden im normalen Wachzustand zu verständigen pflegen.

Naef-Zürich.

Dr. A. Westphal, Ueber psychische Infection. (Charité Annalen XX, pag. 664—678.)

Verf. theilt vier lehrreiche Fälle psychischer Infection aus der psychiatrischen Abtheilung der Charité mit, in denen psychisch ganz intacte Personen von einer an primärer Psychose Erkrankten inficirt wurden, so dass alle ein theilweise völlig analoges Krankheitsbild darboten. Den Grund für die Uebertragung sieht Verf. überall in dem sehr intimen geistigen Verkehr und dem engen Zusammenleben der

Befallenen. Dass es sich hierbei um wirkliche Uebertragung der Psychose, um ein „inducirtes Irresein" und nicht nur um Aufdrängung von Wahnvorstellungen (folie imposée) handelt, die abgelegt werden, sobald der schädliche Einfluss aufhört, geht schon daraus hervor, dass der krankhafte Vorstellungsinhalt von jeder der Erkrankten eine selbstständige Verarbeitung zu einem Wahngebäude erfuhr und dass das Wahnsystem von jeder Einzelnen auch nach der Trennung von den Uebrigen festgehalten wurde.

Im ersten Falle inficirte eine an hallucinatorischen Verfolgungsideen leidende 35jährige Ladnerin, ihre eigene Mutter und ein mit ihr zusammenlebendes jüngeres Mädchen, so dass schliesslich alle drei Personen ganz dasselbe typische Krankheitsbild der Paranoia persecutoria mit demselben Wahninhalt und theilweise wörtlich identischen Wahnäusserungen darboten. Bei allen dreien kam es durch falsche Auffassung und Umdeutung von Vorgängen der Aussenwelt, durch Beziehung gleichgiltiger Vorkommnisse auf die eigene Person, ferner durch Sinnestäuschungen, die theils als Illusionen, theils als Hallucinationen aufzufassen sind, zu Wahnvorstellungen im Sinne der Verfolgung, wobei die Inficirten das Wahnsystem der Primärerkrankten theils imitirten, theils erweiterten und ergänzten.

Im zweiten Falle erkrankten zwei jüngere Schwestern eines seit Jahresfrist an Erscheinungen chronisch-hallucinatorischer Paranoia leidenden Mädchens aus schwer belasteter Familie ebenfalls an Verfolgungsideen, die sich bei der jüngsten zu einem schweren Erregungszustand und in der Folge zu einem paranoischen Krankheitsbilde von ganz besonderem Character und Verlaufe ausbildete, so dass die Internirung nothwendig wurde.

Beim dritten Falle entwickelte sich bei zwei früher ganz gesunden, in steter Gemeinschaft mit einander lebenden Schwestern aus einem anfänglichen depressiven Gemüthszustande heraus nach der Trennung zwei ganz verschiedene Bilder von selbstständigem Verlaufe: bei der Primärerkrankten eine hysterische Psychose mit vorwaltend depressiven Störungen und Verwirrtheitszuständen, bei der Anderen eine reine Melancholie.

Der vierte Fall schliesslich bietet wieder mehr Analogie mit dem ersten. Bei zwei zusammenlebenden, in engster geistiger Beziehung stehenden Schwestern entstand durch psychische Infection ein völlig congruentes Krankheitsbild der Paranoia mit identischen Hallucinationen und Verfolgungsideen. Die eine der Schwestern endete durch Selbstmord, die andere konnte am tentamen suicidii verhindert werden und baut jetzt noch an ihrem Trugsystem weiter.

Die citirten Fälle beweisen mit drastischer Deutlichkeit die grosse Gefahr des Verkehrs mit geistig Erkrankten. Die Gefahr der Infection ist bei Degenerirten und erblich Belasteten noch grösser. Man sieht hier, wie der anfänglich Gesunde die Widerstandskraft gegen die mit grosser Productivität und Lebhaftigkeit vorgetragenen Wahnvorstellungen eines Paranoikers verliert, dieselben anfängt für wahr zu halten, in sich aufnimmt, verarbeitet und schliesslich selbst zur Production des Wahnes schreitet. Brodmann.

E. Bérillon, L'Hypnotisme et L'Orthopédie Mentale. Paris, Rueff & Cie. 48 S.

Als im Jahre 1886 der um unsere Special-Wissenschaft so verdiente Verfasser des vorliegenden Schriftchens in Nancy auf dem Congress der „Association fran-

caise pour l'avancement des sciences" in der Section für Pädagogik zum ersten Male die Anwendung der Suggestion als Erziehungsmittel anregte, begegnete er noch überwiegenden Zweifeln und Widersprüchen. Nachdem dann die Frage in den beiden folgenden Jahren gelegentlich der in Toulouse und Oran tagenden Congresse derselben Gesellschaft unter Formulirung bestimmter Indicationen und Mittheilung thatsächlicher Erfolge weiter gefördert war, fand der Gedanke 1889 auf dem in Paris abgehaltenen internationalen Congress für experimentellen und therapeutischen Hypnotismus bereits einstimmige Anerkennung und Unterstützung, und hat seither immer mehr und in immer weiteren Kreisen Wurzel gefasst, so dass Bérillon sich rühmen darf, den früher schon andererseits geäusserten Gedanken, Pädagogik und Medicin in einer neuen Wissenschaft vereinigt zu sehen, in die That umgesetzt zu haben; für sie wurde der Name „Orthopédie mentale" gewählt, und die Berechtigung zur Ausübung derselben selbstverständlich lediglich dem psychologisch geschulten Arzte vorbehalten.

Bekannt sind inzwischen die grossartigen Erfolge geworden, welche mittelst der Suggestion, und zwar insbesondere der hypnotischen Suggestion erzielt wurden, wo alle anderen Erziehungsmittel — gütiger Zuspruch so gut wie Strafen — resultatlos geblieben waren, und mit Recht behauptet der Verfasser, man habe im Hypnotismus die Elemente einer wirklichen Experimental-Pädagogik. Betont wird — unter Hervorhebung der Unterschiede und der besonderen Schwierigkeit bei Degenerirten — die leichte Hypnotisirbarkeit der Kinder im Allgemeinen. „Suggestibilité, à notre avis, est synonyme d'éducabilité." Nachdem Verfasser weiterhin die Methode des Hypnotisirens und Suggerirens behandelt und die Einwendungen der Gegner widerlegt hat, wobei Neues wohl gerade nicht gesagt ist, kommt er zur Besprechung der Einzelfälle, und hier bietet er eine Reihe practischer Winke bezl. der Art der Suggestionsertheilung bei den einzelnen Krankheitsfällen und Kranken, denn das sind seine kleinen Schutzbefohlenen ja schliesslich doch wohl mehr oder weniger alle. Es handelt sich hier hauptsächlich (aufgeführt und recht ausführlich behandelt werden im Ganzen 13 Beobachtungsfälle) um Fälle von Onanie, Onychophagie, Bettnässen, Kleptomanie, Faulheit, Characterstörungen bezw. Perversität des moralischen Empfindens, Ungehorsam, Aengstlichkeit, Pavor nocturnus, von denen stets verschiedene bei den einzelnen Patienten nebeneinander bestanden, und in der That kann man die Heilerfolge nur als geradezu glänzende (sowohl in Bezug auf die Kürze der Behandlungszeit wie auch auf das vollständige Ausbleiben von Rückfällen bei durchweg langer Beobachtungsdauer) bezeichnen, besonders wenn man in Betracht zieht, dass es sich fast stets um hereditär schwer belastete Kinder handelt. In den Schlussbemerkungen betont Verfasser besonders die Wichtigkeit, vorher im Wachzustande die Suggestibilität des Kindes zu prüfen; dann soll man erst die Hypnose einleiten und die verbalen Suggestionen möglichst durch ebenfalls psychisch wirkende mechanische Maassnahmen, welche die Aufnahme ersterer ins kindliche Gehirn erleichtern, unterstützen, wobei sämmtliche Suggestionen natürlich mit besonderer Präcision und Klarheit ertheilt werden müssen; endlich, wenn die Realisation der Suggestionen in automatischer „unbewusster" Weise erzielt ist, hätte man allmählich durch weitere Suggestionen das Bewusstsein zu wecken und unter Betheiligung dieses dieselben Erscheinungen wie vorher hervorzurufen.

Für Aerzte, Lehrer, wie nicht zum Wenigsten für Eltern dürfte die Schrift, die hoffentlich auch bald eine Uebersetzung ins Deutsche erfährt, von grösstem

Interesse, für unsere häufig noch so falsch behandelte — weil falsch beurtheilte — Jugend von grösstem Werthe sein.

Sjöström-Köln.

Bernheim, L'Hypnotisme et la Suggestion dans leurs rapports avec la médecine légale. Paris, Octave Doin 1897. 100 Seiten.

Die Abhandlung, die mehr persönliche Ansichten skizziren als eine erschöpfende Darstellung des grossen Gebietes der Suggestion bringen will, umfasst acht Kapitel.

Im 1. Kapitel definirt der Autor als Suggestion „jede vom Hirn aufgenommene Vorstellung“ (toute idée, acceptée par le cerveau), die als solche die Tendenz hat, nach aussen hin zu wirken und damit zur Bewegung wird, zur Empfindung, zur Wahrnehmung oder zur Gemüthsbewegung (Affect). Jede Vorstellung trägt demnach den Begriff der Suggestion in sich. Eine Suggestion, die gegeben wird, ist damit aber noch nicht ausgeführt. Die Suggestibilität, die also eine physiologische Eigenschaft des normalen Hirns ist, ist gewöhnlich begrenzt durch höhere Hirneigenschaften, durch die Vernunft, die Aufmerksamkeit, die Urtheilskraft u. s. f., welche die Hirnthätigkeit gleichsam controlliren. Zustände, welche diese „Contrôle cérébral“ herabsetzen, erhöhen gleichzeitig die Suggestibilität. So z. B. der natürliche Schlaf bei gewissen Individuen. Dann erleichtert die einseitige Concentration der Hirnthätigkeit auf eine bestimmte Vorstellung die Umsetzung eben dieser Vorstellung in die vollendete Suggestion. Dies auch im Wachzustand (Visionen etc.). Bei sehr suggestibeln Personen, die gar nicht so selten sind, sind diese erleichternden Verhältnisse gar nicht nothwendig; da genügt einfach die energische, im Wachzustand gegebene Suggestion. Zwischen der gewöhnlichen und dieser hochgradigen Suggestibilität giebt es mannigfache Uebergänge; auch bevorzugt beim einen Individuum die Suggestibilität das motorische, beim andern das sensible Gebiet u. s. f. — Die Autosuggestion, scheinbar spontan im Hirn entspringend, knüpft stets an im Hirn bereits vorhandene Eindrücke an. Aehnlich verbindet sich die fremde Suggestion (Heterosuggestion) fast stets mit bereits vorhandenen Autosuggestionen und wird dadurch je nach dem Individuum modificirt.

Der Begriff „Hypnotismus“ ist bei dieser Fassung des Begriffes „Suggestion“ eigentlich überflüssig; ja, es giebt eigentlich gar keinen Hypnotismus. Alle in Hypnose erreichbaren Phänomene (Contracturen, Catalepsie etc.) lassen sich auch in vollem Wachzustande erreichen. Hypnotisirbare Individuen sind ausnahmslos auch der Wachsuggestion zugänglich. Der suggesirte Schlaf selbst ist nur eine Wirkung der Suggestion, die von den andern Wirkungen beliebig getrennt werden kann. In vielen Fällen bleibt derselbe nur Vorstellung (illusion) und ist kein wirklicher Schlaf. — Hypnotismus ist nichts Anderes als die Bethätigung einer normalen Hirneigenschaft, der Suggestibilität. Das Wort giebt aber zu Missverständnissen Anlass, ähnlich den früheren Ausdrücken Magnetismus, Braidismus und wird oft mit Hysterie verwechselt. Man begnüge sich mit der einfachen Thatsache, dass gewisse Personen, wenig suggestibel im Wachzustand, stärker suggestibel werden, wenn es gelingt, ihnen die Vorstellung des Schlafes beizubringen.

Kann die Suggestion (II. Kapitel) zum Verbrechen führen? Nach Liébeault ist der hypnotisirte Somnambule ein willenloses Werkzeug in den Händen des Hypnotiseurs und wäre eines suggerirten Verbrechens fähig. Gilles de la Tourette, Delboeuf und Andere glauben dagegen, dass es sich da nur um fingirte, experi-

mentelle Verbrechen (sog. Laboratoriumsverbrechen) handle, dass aber vor einem wirklichen Verbrechen der Somnambule stets zurückschrecke. Nach dem Verfasser muss man bei dieser Controverse bedenken, dass das suggerirte Individuum sich nicht immer vollständig identificirt mit der ihm suggerirten Aufgabe, dass es quasi in seiner Rolle nicht vollkommen aufgeht; des Ferneren, dass viele moralische Individuen unmoralischen Suggestionen starken Widerstand entgegen bringen, was beides dem Zustandekommen eines Verbrechens hinderlich ist. Nach den Erfahrungen des Autors giebt es aber entschieden Fälle, wo diese beiden Einwände nicht zutreffen, wo also selbst von moralisch hochstehenden Somnambulen Verbrechen wirklich begangen werden können. Die Suggestion erzeugt in solchen Fällen gleichsam einen blinden instinctiven Trieb (impulsion) zur suggerirten That. In anderen Fällen wird die Suggestion des Verbrechens durch hinzukommende Autosuggestionen erklärt und beschönigt, die Moral dadurch eingeschläfert und so das Verbrechen ausgeführt.

Bei moralisch sehr schwachen Personen sind solche Erklärungen nicht einmal nothwendig.

Kann die Suggestion (III. Kapitel) einem Individuum mit schlechter Moral eine bessere beibringen und umgekehrt? Die Wirkungsgrenzen sind da sicherlich ziemlich eng gesteckt. Aus einem Cherubin wird sich niemals ein Jack der Aufschlitzer machen lassen. Die Grundzüge der geistigen Entwickelung sind schon von Anfang an im Individuum vorgebildet; die Suggestion kann nur corrigiren, nicht schaffen; so die praktische Suggestion durch Vorbild, Belehrung und Erziehung, die da wohl ebenso mächtig ist wie die theoretische Suggestion und Hypnose.

Von grösserer praktischer Bedeutung als die activen Verbrechen der Hypnotisirten sind die an Hypnotisirten begangenen Verbrechen; vor allem die Vergewaltigung. Davon handelt das IV. Kapitel und bespricht eingehend einige hierher gehörige Fälle der Casuistik. In einzelnen derselben handelt es sich nach des Autors Ansicht gar nicht um einfache Hypnosen, sondern um hysterische, lethargische Zustände bei Hysterischen, die durch die Hypnose nur ausgelöst wurden; in anderen Fällen allerdings kann durch Suggestion ein so stark veränderter Bewusstseinszustand wirklich geschaffen werden, dass auch eine völlig ehrbare Person ihre Pflichten gänzlich vergisst. Möglicher Weise kann auch durch die Suggestion eine vollständige psychische Anästhesie geschaffen werden, welche das Verbrechen geschehen lässt.

Die Suggestion spielt bei fast allen Verbrechen eine viel grössere Rolle, als man bisher geglaubt hat; denn Suggestion ist eben die Vorstellung, gleichviel welchen Ursprunges, die sich gewissen Gehirnen mit unwiderstehlicher Gewalt aufdrängt. An höchst interessanten Beispielen aus berühmten Processen setzt der Autor seine Ansichten genauer auseinander und begründet seine Behauptung (V. Kap.).

Im VI. Kapitel macht der Autor aufmerksam auf die Amnesie für die Zeitdauer der Suggestion, welche bei vielen Individuen die Suggestion begleitet und sich sogar noch auf die Zeit vorher erstrecken kann (Amnésie rétro-active); ferner auf die Leichtigkeit, mit der bei gewissen suggestibeln Individuen ein veränderter Bewusstseinszustand, ja eine ganz andere Persönlichkeit erweckt werden kann (Condition seconde), auf hetero- oder auto-suggestivem Wege. In solchen Zuständen können Verbrechen sicherlich begangen werden, und sind auch schon vorgekommen (Beispiele).

In ähnlicher Weise kann es bei ganz ehrlichen Individuen mit hochgradiger Suggestibilität zu falschem Zeugniss kommen, indem durch irgend welche suggestive Einflüsse, z. B. des Verhörs, Erinnerungsfälschungen geschaffen werden.

Im Schlusscapitel gedenkt der Verfasser der Frage der Zurechnungsfähigkeit. All unsere Handlungen sind determinirt; es giebt keine absolute Willensfreiheit. Immerhin überwiegen in der Mehrzahl der Menschen die guten über die schlechten Instincte. Da ist es eben die Pflicht der Erziehung, der Belehrung, der Religion etc. — je nach der Individualität des Einzelnen — mit ihren mächtigen Suggestionen guter Art die uns angeborenen schlechten Triebe zu bekämpfen.

Der überaus klare Styl, die fesselnde Darstellung, die zahlreichen trefflich geschilderten Fälle aus des Verfassers eigener Erfahrung oder aus der Casuistik machen die Lectüre dieser Abhandlung zu einer sehr genussreichen.

Bauer-Zürich

Janet. Une opération chirurgicale pendant le somnambulisme provoqué. Journ. de neurol. et d'hypnologie, 1897 Nr. 2. Verf. hat bei einer Hysterischen, die an einer Metritis litt, während der von ihm eingeleiteten Hypnose eine einseitige gewaltsame Erweiterung des Cervix und ein Curettement vornehmen lassen, ohne dass die Kranke Schmerzen verspürte oder auch nur eine Erinnerung an Schmerzen darnach hatte. Sonst enthält der Fall nichts von Interesse.

Tecklenburg.

Personalnachricht.

Unser Mitarbeiter Dr. Tatzel hat die ärztliche Leitung im Hôtel und Kurhaus Menzenschwand (Südl. Bad. Schwarzwald) übernommen.

Unser Mitarbeiter Dr. Tecklenburg hat sich als Nervenarzt in Leipzig, Marienstrasse 12, niedergelassen. Er wird sich auch mit der practischen Anwendung der Hypnose befassen.

Ueber suggestive Behandlung der Kinder.*)

Von

Dr. **Heinr. Teuscher,** Nervenarzt, Dresden.

Die hypnotische Behandlung von Kindern erscheint auch solchen Aerzten, die sich mit der Zeit an die Anwendung der Hypnose gewöhnt haben, doch immer noch ein Wagniss, zum Mindesten aber entbehrlich. So spricht sich von neueren Autoren Saenger[1]) in Hamburg in der Sitzung vom 15. II. 98 der medicinischen Gesellschaft gegen die Anwendung der Hypnose bei Kindern aus. Bruns[2]) ist zwar nicht principiell gegen ihre Anwendung, er macht aber keinen Gebrauch von ihr und in seiner Schrift lässt sich eine gewisse Abneigung gegen die Hypnose überhaupt nicht verkennen. Ich erwähne die Sätze, welche Löwenfeld[3]) über dieses Thema sagt:

„Von einer Reihe von Beobachtern: de Jong, Voisin, Dumontpallier, Bernheim u. A., insbesondere jedoch von Bérillon und Liébeault, wurde die hypnotische Suggestion zur Beseitigung fehler- und lasterhafter — z. Th. jedenfalls krankhafter — Angewöhnungen bei Kindern und jungen Individuen angewendet und nachdrücklich empfohlen, so bei unwiderstehlicher Neigung zum Stehlen, Lügen, zur Masturbation, Hang zur Trägheit, Unreinlichkeit, Nägelkauen, Grausamkeit etc. Der Erfolg dieses als „moralische Orthopädie" bezeichneten Suggestivverfahrens war in einem Theil der mitgetheilten Fälle offenbar sehr günstig. Gegen diese Verwerthung der Hypnose zu „päda-

---

*) Vortrag, gehalten den 1. V. 98 zur 3. Sitzung der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Jena.

1) Neurolog. Centralblatt 98 Nr. 7.

2) Die Hysterie im Kindesalter 97. Vgl. diese Ztschr., Bd. VI, pag. 290.

3) Lehrbuch der gesammten Psychotherapie 97.

gogischen Zwecken“ ist jedoch von mehreren Seiten Protest erhoben worden, unseres Erachtens ganz mit Unrecht. Soweit es sich um Characterfehler eines Kindes handelt, welche den gewöhnlichen pädagogischen Einwirkungen zugänglich sind, wird man die Anwendung der Hypnose allerdings nicht als das richtige Mittel anerkennen können. Bei moralischen Mängeln und Angewöhnungen, welche entschieden pathologischer Natur sind, besteht jedoch kein Grund von der Anwendung der Hypnose abzusehen, wenn die zur Verfügung stehenden erziehlichen Mittel ohne Erfolg versucht worden sind.“

Mit obigen Ausführungen bin ich vollkommen einverstanden und habe dementsprechend eine Anzahl Kinder hypnotisch behandelt.

Bei 6 Knaben handelte es sich um Fälle von Enuresis nocturna et diurna. Die Erfolge waren sehr gute; denn unter den 6 kleinen Patienten, die aus wohlhabenden Familien stammten und bei denen schon alle möglichen therapeutischen Versuche resultatlos verlaufen waren, blieb nur bei einem dauernder Erfolg aus, nachdem zuerst eine Besserung eingetreten war. Ich glaube aber hierfür die Schuld auf die häuslichen Verhältnisse schieben zu müssen. Erwähnenswerth ist, dass die bloss in der Hypnose gegebene Suggestion bei einigen zunächst nichts nützte, sondern erst ein combinirtes Verfahren. Die Fälle waren nämlich früher local electrisch behandelt worden und erst als in der Hypnose die Suggestion gegeben wurde, dass nach dem Schlafen noch electrisirt werden würde und dass das jetzt helfen werde, trat thatsächlich der Erfolg ein. Ein Verfahren, das übrigens von allen erfahrenen Psychotherapeuten angewendet wird, da schon längst bekannt ist, dass bei Neurosen sehr häufig vergeblich angewendete therapeutische Maassnahmen zu Erfolgen führen, wenn die hypnotische Suggestion gewissermaassen noch darauf gesetzt wird. Ich erwähne noch 2 jugendliche Individuen, die an den Folgen fortgesetzter excessiver Onanie litten, unter dem Einflusse der Hypnose ihr Laster völlig verloren und sich ganz erheblich erholt haben.

Ich habe absichtlich die oben erwähnten Fälle nicht näher characterisirt, weil jeder Hypnotist deren eine grosse Anzahl aufweisen kann und ich mit ihnen nur beweisen will, dass die Hypnose der Kinder gar keine Bedenken bietet. Ich bemerke ausdrücklich, dass ich fast alle diese Patienten wie auch die sogleich zu erwähnenden gelegentlich wieder sehe und mich von ihrem fortdauernden Wohlbefinden überzeugen kann. Ein viel grösseres Interesse bieten die folgenden Fälle, die ich deshalb auch eingehender schildern will.

Willy M., Bauunternehmersohn, 11 Jahre alt, wurde mir mit choreaartigen Zuckungen der Gesichtsmusculatur zugeschickt, die sich, wenn der Knabe sich unbeobachtet glaubte, zu Grimassiren und Fratzenschneiden steigerten. Schläge und sonstige Strafen machten das Uebel nur schlimmer. Dieser Tic verschwand nach einigen hypnotischen Sitzungen vollständig. Während dieser kurzen Behandlungszeit erfuhr ich von der begleitenden Mutter, dass der Knabe ein kleiner Taugenichts sei. Man könne ihm kein Wort glauben, da er die grössten Lügen erfinde; er stehle häufig dem Vater des Nachts Geld aus der Hosentasche, kaufe dafür Cigarren, die er an die Zimmerleute seines Vaters verschenke, wofür ihn diese mit auf den Bau nähmen, Schnaps zu trinken geben und allerlei Allotria mit ihm anstellten. Besonders zur Jahrmarktszeit komme er halbe Tage lang nicht nach Hause, treibe sich mit Kameraden herum, die er frei halte und denen gegenüber er den grossen Herrn spiele. Nach Hause gekommen, ass er dann nichts und führte unfläthige Redensarten; in der Schule war er faul, obgleich nicht schlecht begabt, und ein wahres Crux für die Lehrer.

Ich kam also zu der Ueberzeugung, dass ich einen kleinen Dégénéré vor mir habe, für den es das Beste sei, wenn er längere Zeit von zu Hause weggenommen und in strenge Zucht gethan werde und empfahl der Mutter ein entsprechendes Erziehungsinstitut. Die Eltern waren auch mit dem Vorschlage einverstanden. Kurz nachdem aber der Knabe aus der Behandlung entlassen war, kam die Mutter mit ihm wieder zu mir und berichtete, ihr Mann habe gesagt, wenn „der Doctor" das Zucken mit der Hypnose so schnell beseitigt habe, so solle er doch auch versuchen, auf dieselbe Weise aus Willy einen ordentlichen Menschen zu machen. Obgleich ich mir selbst keinen grossen Erfolg davon versprach, nahm ich den Knaben aus Interesse an dem Versuch wieder in Behandlung. Ich suchte zunächst in der Hypnose sein Ehrgefühl zu wecken, indem ich ihm das Unzulässige seiner Handlungen klar machte u. s. w. und ihn auf meine Vorhalte antworten liess, was zunächst mit trotziger, brummiger Stimme erfolgte. Später gab ich ihm direct befehlende Suggestionen, indem ich ihm energisch ähnliche Handlungen verbot. Es war für mich im höchsten Grade überraschend und interessant, wie das frühere finstere und brummige Wesen des Knaben sich verlor, sein Gesichtsausdruck offen und frei wurde und er nach und nach auch körperlich sich entwickelte, indem er rothe dicke Backen bekam. Sein Appetit war früher, wohl in Folge seiner Näschereien und des Schnapstrinkens, sehr schlecht gewesen und er sah bleich und eingefallen aus. Die Mutter berichtete mir, dass während dieser Behandlung allmählig eine ausserordentliche Veränderung mit dem Knaben vorgegangen und er wie umgewandelt sei. Die Sitzungen fanden zunächst etwa eine Woche lang täglich, später in immer grösseren Zwischenräumen wöchentlich und schliesslich monatlich statt. Ich bemerke hier in Parenthese, dass die Eltern, von dem Erfolge entzückt, sich beide ebenfalls in hypnotische Behandlung gaben, die Mutter, um ihre chronische Obstipation und unregelmässige Menstruation, der Vater, um gewisse nervöse Störungen beseitigen zu lassen. Die letzteren waren auf chronischen Alcoholismus zurückzuführen und die Suggestionen gingen besonders darauf hinaus, dem Patienten den Alcoholgenuss zum Ekel zu machen, was auch sehr gut gelang. Nachdem die Behandlung des Knaben ca. $^1/_2$ Jahr gedauert hatte, entliess ich ihn vorläufig. Nach einigen Monaten erhielt ich von der Mutter einen Brief, der characteristischer Weise so anfing: „Lieber Herr Dr., mit Willy ist es wieder beim

alten Stiebel" etc. Kurz: es war wieder Jahrmarkt gewesen und der Junge hatte dieser mächtigen Gegensuggestion nicht Stand halten können. Er hatte seinem Vater wieder Geld vom Nachttische weggenommen (wie viel, war nicht festzustellen) und der Lehrer hatte ihm Visitenkarten mit seinem Namen, womit er während des Unterrichtes gespielt hatte, confiscirt. Als der Patient wieder bei mir erschien, bot er ganz wieder den früheren trotzigen, misstrauischen Anblick und ich konnte fast kein Wort aus ihm heraus bringen. In der Hypnose zwang ich ihn nun, ein offnes Geständniss abzulegen. Mit weinerlicher Stimme gestand er ein, wie viel Geld er gestohlen hatte und dass er dafür eine Anzahl Näschereien und unnützer Dinge, darunter auch die Visitenkarten, gekauft habe. Ich versuchte nun, in der Hypnose das Gemüth des kleinen Patienten stark zu erschüttern und liess ihn schliesslich ein feierliches Gelübde ablegen, sich zu bessern. Die Sitzungen wurden wie früher aufgenommen, nur dass ich ihn längere Zeit und zunächst noch öfter hypnotisirte, obgleich die äusserliche Aenderung in seinem ganzen Wesen schon viel früher auftrat als das erste Mal. Nach ca. $^1/_2$ Jahre entliess ich ihn wieder und habe mich auch in den darauf folgenden 2 Jahren gelegentlich davon überzeugt, dass er dauernd ehrlich und wahrheitsliebend geblieben ist. Willy hat in der Schule gute Fortschritte gemacht, so dass kürzlich die Mutter nach der Confirmation mit ihm bei mir war und mir mittheilte, der Junge wolle Lehrer werden, wie meine Ansicht hierüber sei. Ich habe aber, obgleich ich auf eine so tiefgreifende Gesinnungsänderung des Knaben hätte stolz sein müssen, davon abgerathen.

In einem dem eben vorgetragenen ähnlichen Falle hatte ich nicht soviel Glück, weil so wohl der Vater wie die überaus schwache Mutter Alles mühsam in den Sitzungen Aufgebaute systematisch wenn auch unabsichtlich wieder zerstörten.

Weiter sei noch eines Knaben gedacht, der schon unter den zuerst erwähnten Bettnässern mit gezählt ist.

Zu Heinrich H., 11 Jahre alt, dem einzigen Kinde eines Kaufmanns, wurde ich eines Abends vor ca. 2 J. sehr eilig gerufen. Ich fand den Knaben in höchster Erregung im Bette anfrecht in starken Delirien. Er focht mit Indianern, Türken, Drachen etc., hatte das Fenster verbarrikadirt und im Zimmer war die ganze geängstigte Familie versammelt. Es handelte sich um einen hysterischen Dämmerzustand und es gelang schnell, nachdem die Anwesenden entfernt waren, mit dem Kranken in Rapport zu kommen und den Anfall zu coupiren. Ich erfuhr nachher, dass der Knabe schon seit Monaten an solchen Anfällen leide, wegen dieser wie auch wegen seiner starken Enuresis noct. et diurna schon mannigfache Behandlung erfahren hatte und vor Kurzem erst aus einem Sanatorium zurückgekehrt sei, wo er 6 Wochen ohne sichtbaren Erfolg zugebracht hatte. Ich nahm ihn in hypnotische Behandlung, die einige Besonderheiten darbot. Gleich in der ersten Sitzung kam Pat. in tiefen Somnambulismus, der so tief war, dass, wie ich bald merkte, Suggestionen überhaupt nicht verstanden wurden. Zugleich stellte sich heraus, dass der hypnotische Schlaf identisch war mit dem hysterischen Dämmerzustand, denn einige Zeit, nachdem ich den Knaben eingeschläfert hatte, begannen die Delirien, wie früher geschildert. Ich wusste mir nun so zu helfen, dass ich dem Knaben gleich beim Einschläfern immer die Suggestion wiederholte, er werde nur

so tief schlafen, dass er mich noch genau verstehen könne. Das gelang und ich blieb mit ihm im Rapport, während der auch jetzt noch stets auftretenden Delirien. Ich versuchte nun zunächst die Delirien selbst wegzusuggeriren, d. h. sofortiges Verschwinden der Indianer und Türken zu befehlen. Der geängstigte Gesichtsausdruck des Knaben wich sofort einem freudigen und erleichtert sagte er: „Alles ist fort“. Bei den Wiederholungen genügte aber schon nicht mehr der einfache Befehl. Ich musste die „vielen, vielen 100“ Türken etc. bataillonsweise abcommandiren, ohne aber immer trotz energischster Suggestionen das Schlachtfeld ganz frei zu bekommen. Schliesslich bestand das Ende der ersten Sitzungen in einem Streite zwischen dem Knaben und mir, in dem ich behauptete, Alles sei verschwunden, er aber immer noch neue Schaaren entdeckte. — Ich änderte daher mein Verfahren so, dass ich den Knaben nur noch auf ganz kurze Zeit (wenige Secunden lang) einschläferte, ihm die nöthigen Suggestionen gab (wobei er fortwährend antworten musste, um seine Aufmerksamkeit zu concentriren) und ihn weckte, bevor das Delirium selbst eintrat, welches sich immer durch eine gewisse körperliche Unruhe kund gab. Da sich der Knabe auf diese Weise in hohem Maasse suggestibel erwies, gelang es in kurzer Zeit, seine Krankheitserscheinungen in der Hauptsache zu beseitigen.

Ich hatte ihn, da die Verhältnisse zu Hause nicht günstig lagen, weil die überängstlichen Eltern seine Anfälle förmlich züchteten, ganz zu mir genommen und verfiel zuerst in den Fehler, Alles was ich an ihm geändert sehen wollte oder auch körperliches Unwohlsein in der Hypnose wegzusuggeriren, was sehr einfach war, da ich ihm blos die Hand über die Augen zu legen brauchte, um ihn sofort in tiefen Schlaf zu versetzen; während er sonst nach Art verzogener Kinder durch unaufhörliches bei ihm geradezu krankhaft gesteigertes Fragen stets den äussersten Grund für Alles wissen wollte. So hatte einst die Suggestion, dass ein zufällig bei ihm bestehender Durchfall vollkommen verschwinden werde, den Erfolg, dass der Knabe erst nach 8 Tagen mit starken Abführmitteln Stuhl bekam. Ich beseitigte diese Verstopfung nicht mit Suggestionen, weil die Suggestibilität des Knaben so überhand nahm, dass auch ihm gegenüber im Wachen von mir im ernsten Tone geäusserte Worte wie hypnotische Suggestionen wirkten. So hatte er die üble Angewohnheit von zu Hause mitgebracht, beim Abendessen grosse Mengen Brot zu verzehren und des Mittags in den Speisen herumzustochern. Als ich ihm das eines Mittags ernstlich verwies, senkte er kurze Zeit den Kopf und sagte dann plötzlich: „Es ist merkwürdig, der Appetit kommt im Essen.“ Von diesem Tage an ass er so, wie ich es wünschte. Ich unterliess es also in Folge davon, den Patienten überhaupt noch zu hypnotisiren, zumal die Dämmerzustände und das nächtliche Bettnässen bereits völlig beseitigt waren und benutzte meinen Einfluss nur dazu, dass ich den Knaben vorsichtig erzog und sein selbstständiges Denken in jeder Weise zu fördern suchte. Da der Knabe körperlich wie geistig ausgezeichnet gedeiht (er ist der Beste in seiner Klasse), haben ihn seine Eltern mir vorläufig dauernd überlassen. Der jetzt 13 jähr. Knabe ist natürlich noch immer nervös im allgemeinen Sinne, d. h. er ermüdet leicht, verträgt nicht viel Lärm, wie ihn die Grossstadt mit sich bringt, und hat gelegentlich genau characterisirte Hautaffectionen, die von einem speciellen Kenner solcher Dinge, Herrn Collegen Galewsky, als typische neurodermatische Erscheinungen bezeichnet werden. Von seinen früheren Krankheitssymptomen haben sich schon längst alle verloren, nur wenn er sich körper-

lich oder geistig überanstrengt, geht ihm mitunter am Tage etwas Urin unwillkürlich ab. Objective hysterische Stigmata hat er nie dargeboten.

Zu erwähnen bleibt noch, dass der in jeder Weise frische und kindliche Knabe in mitunter fast komisch wirkender Weise die ganze Denk- und Redeart seines Erziehers, ja auch gewisse jedem Menschen eigenthümliche Bewegungen desselben etc. angenommen hat; so wie man das täglich bei Kindern ihren Eltern gegenüber beobachten kann.

Das jüngste von mir hypnotisirte Kind war ein noch nicht 6 jähriger Knabe, der Bruder eines der oben erwähnten Bettnässer.

Er stammt aus einer schwer neuropathischen Familie, deren einzelne Mitglieder ich fast sämmtlich wegen irgend welcher nervöser Affectionen behandelt habe. Das Kind, ein sonst gesunder, wohlgebildeter Junge, litt an einer Sprachstörung derart, dass er sämmtliche Endsilben überhaupt nicht aussprach und nach jedem Vocal irgend welche Zischlaute einmischte. Es kam dadurch ein Kauderwelsch zu Stande, das lediglich den Eltern verständlich war. Er sollte nun in die Schule gebracht werden und die Eltern, welche sich vielleicht früher über dieses Kauderwelsch amüsirt hatten, konnten den Jungen weder durch Strafen noch auch durch systematische Sprachübungen, welche ihn die intelligente Mutter längere Zeit ausführen liess, von seiner Gewohnheit abbringen. Nach wenigen hynotischen Sitzungen, in denen ich Sprachübungen wie die Mutter mit ihm anstellte, die der kleine Kerl in eifrigster Weise befolgte, sprach er so deutlich, dass ich die Behandlung beendete. Er ist jetzt ein Jahr in der Schule, es geht ihm in jeder Beziehung gut und er spricht wie jedes Kind von 6—7 Jahren.

Die übrigen von mir hypnotisch behandelten Kinder zeigen nicht so grosses Interesse. Ich glaube aber auch, durch die oben angeführten Beispiele, die z. Th. schon seit vielen Jahren aus der Behandlung entlassen sind, nachgewiesen zu haben, dass es keinerlei Bedenken hat, auch Kinder hypnotisch zu behandeln und dass wir mit der Hypnose auch hier noch Erfolge erhalten in Fällen, wo alle anderen therapeutischen Versuche im Stiche liessen. Jeder erfahrene Hypnotiseur wird auch von vornherein, selbst wenn er bisher nur Erwachsene behandelt hätte, das a priori annehmen müssen. Er würde ja sonst zugeben, dass die hypnotische Behandlungsweise überhaupt Gefahren in sich berge. Freilich, und das kann nicht oft genug wiederholt werden, das zielbewusste, wissenschaftliche Hypnotisiren muss in demselben Maasse, oder vielmehr in noch weit höherem Maasse erlernt werden, wie jede andere ärztliche Kunst.

Aber auch aus einem anderen Grunde geht hervor, dass die suggestive Therapie bei Kindern nicht verwerflich ist. Kinder sind an sich ausserordentlich suggestibel; Forel macht in seinem Buche über Hypnotismus wiederholt darauf aufmerksam. „Sie sind instinctiv geneigt, alles mehr oder weniger zu acceptiren, was ihnen von Erwachsenen

in einem gewissen Tone gesagt wird, so dass bei ihnen ungeheuer leicht Erinnerungstäuschungen durch Suggestion schon bei vollem Wachen zu erzeugen sind und Verwechselung von Vorstellung und Wirklichkeit sehr leicht vorkommt." Hieraus geht schon hervor, welche Bedeutung der Suggestion in der Pädagogik zukommt. Hierüber hat sich Forel in so ausgezeichneter Weise geäussert, dass ich es mir nicht versagen kann, mit seinen Ausführungen diese Mittheilungen zu schliessen. Er spricht über die Bedeutung der Suggestion im Allgemeinen und fährt dann fort: „Dieses bringt uns zur pädagogischen Bedeutung der Suggestion, die vielfach in neuerer Zeit erörtert wird. Wer die Suggestion nicht verstanden hat, erschrickt vor diesem Gedanken. — Wer sie aber völlig erfasst hat, wird sie wohl zunächst in 2 Weisen pädagogisch zu verwerthen wissen. — Erstens symptomatisch, sozusagen ärztlich, um schlechte, verderbliche Gewohnheiten, perverse Charactereigenschaften zu bekämpfen. Hier muss sie wie die therapeutische Hypnose angewendet werden, und wie bei dieser wird man sich befleissigen müssen, sie nicht ad infinitum, sondern nur so lange als nöthig zu verwerthen; man wird auf jede Weise suchen müssen, den Erfolg durch richtig geleitete Autosuggestionen zu einem dauernden, sich selbst weiter züchtenden zu machen.

Zweitens aber wird die Suggestion, von einem anderen Gesichtspunkte betrachtet, zu einem der interessantesten Zukunftsprobleme der Pädagogik und der entwickelungsgeschichtlichen Psychologie werden. Jeder weiss, dass es Lehrer, Eltern, Erzieher giebt, welche aus den Kindern machen, was sie wollen, während andere genau das Gegentheil erreichen und nur Ungehorsam und Widerspruch erleiden. Dieses beruht einzig und allein darauf, dass die Kinder unter einer unbewussten Suggestivwirkung der ersteren, nicht dagegen der letzteren stehen. Wiederholte ungeschickte Mahnungen, Jammern, Schimpfen über seine nicht respectirte (z. B. väterliche) Autorität, machtloses Zeigen von Affecten, besonders von Zornaffecten, kurz Blosslegung seiner Schwächen sind bekanntlich diejenigen Dinge, welche bei den Kindern Ungehorsam, Widerspruchsgeist und damit Widerspenstigkeit gegen die Erziehung erzeugen. — Wer dagegen das Gehorchen als selbstverständlich, als unvermeidlich, seine Lehren als indiscutirbar hinzustellen versteht, thut nichts anderes, als instinctiv zu suggeriren; ihm wird auch instinctiv gefolgt. Uebertreibung dieser Methode, besonders Fortbetreiben derselben bis zu einem späteren Alter der Kinder, bietet die Gefahr, den Autoritätsglauben, die Unselbstständigkeit gross zu ziehen. Zu rechter

Zeit und am rechten Orte muss der Geist der vernünftigen Discussion herbeigezogen werden. Hat man aber einmal verstanden, dass der Schlüssel jener geistigen Wirkungen und Rückwirkungen in der richtigen Anwendung der Suggestion bei den Kindern liegt, so wird sich die Pädagogik mit Bewusstsein und System der bisher unbewusst und regellos angewendeten zu bedienen lernen und kann daraus enorme Vortheile ziehen. Meinen 3 Kindern haben wir z. B. den Leberthran als etwas sehr Gutes vorgestellt, das sie bekämen, wenn sie recht darum bäten. Mit etwas Vorsicht und Geschicklichkeit gelang diese Suggestion bei allen drei, so dass sie bereits das dritte Mal um den guten Bonbon baten und ihn stets seither sehr gerne nahmen. Man muss die Suggestion der Begierde auf das Gute lenken. — Um sich klar über den pädagogischen Werth der Suggestion zu werden, muss man stets bedenken, dass der Character des Menschen in jedem Augenblicke seines Lebens die Resultate zweier Componentencomplexe: der Vererbung und der Anpassung, ist. Man macht gewöhnlich den Fehler, alles nur von dem einen oder nur von dem anderen dieser beiden Kräftecomplexe ableiten zu wollen. Die ererbten Anlagen oder Potenzen bilden freilich die tieferen, zäheren Kräfte; doch sind auch sie bald tiefer, bald weniger tief erblich fixirt und im letzteren Falle sind sie um so erfolgreicher durch consequente erzieherische (anpassende) Einwirkungen zu bekämpfen, die durch Wiederholung zu Gewohnheiten oder secundären Automatismen werden. Hierbei kann die Suggestion wirken."

Ein interessanter Fall von spontanem Somnambulismus.

Von

Dr. A. W. van Renterghem.

Vor einigen Monaten erhielt ich folgenden Brief:

„. . . . ., den . . . . 1898.

Sehr geehrter Herr College!

Ich glaube am besten zu thun, mich betreffs der Mittheilung einer Thatsache, die mir vor 3 Wochen passirt ist, an Sie zu wenden, da meine Beobachtung ausschliesslich in jenes Fach schlägt, welchem Sie Sich als Specialist widmen.

Vor Allem bemerke ich, dass ich 78 Jahre alt bin, mich ausgezeichneter Gesundheit erfreue und noch ohne Mühe die medicinische Praxis in ihrer ganzen Ausdehnung ausübe und endlich, dass ich seit einigen Monaten mir angewöhnt habe, auf einem Fauteuil ungefähr eine Stunde Nachmittags zu schlafen.

Und nun zur Thatsache selbst.

Gegen 5 Uhr Nachmittags des bezeichneten Tages wurde ich, als ich mich in meinem Fauteuil zurechtgesetzt hatte, durch die Hebamme gerufen, um einer niederkommenden Frau Hülfe zu bringen, der ich wegen ihrer Verengerung des Beckens schon oft beigestanden hatte und bei der die Geburt stets entweder durch Foreceps oder durch Wendung endete.

Ich zog meinen Ueberzieher an, nahm meine Instrumente an mich und ging unverzüglich in die Wohnung der Patientin, welche etwa 5 Minuten von meiner eigenen entfernt lag.

Dort constatirte ich das Vortreten einer Schulter und machte die Wendung und Extraction des Kindes. Mit grosser Mühe erreichte ich nach etwa einer Stunde das asphyctische Kind wieder zu beleben.

Das Zimmer, in welchem ich operirte, war inzwischen durch die ungesunden Gerüche, die eine Entbindung begleiten, wahrhaft verpestet.

Nachdem ich alles erledigt hatte, kehrte ich unter strömendem Regen und in der Dunkelheit wieder heim. Dort angekommen, nahm ich wieder meinen Platz am Feuer ein. Meiner Tochter, welche da war, erklärte ich, dass ich mich müde fühlte und glaubte, etwas geschlafen zu haben.

Sehen Sie, lieber College, alles, was sich von dem Momente an, wo ich den Ueberzieher anzog bis zu dem Momente meiner Rückkehr zugetragen hatte, war meinem Gedächtniss völlig entschwunden.

Die folgenden Tage fühlte ich mich vollkommen wohl und absolut normal. Letzthin assistirte ich wieder bei einer Geburt.

In diesem Falle handelte es sich wieder um des Vortreten einer Schulter, nur dieses Mal mit Vorfall einer Hand und der Nabelschnur. Die Wendung und die nöthigen Wiederbelebungsversuche des asphyctischen Kindes hatten mich ziemlich abgespannt, trotzdem fühlte ich mich vollkommen wohl.

Wenn Ihnen der Fall zur Veröffentlichung interessant genug erscheint, gestatte ich Ihnen dies gerne. Nur bitte ich dann meinen Namen und Wohnort zu verschweigen. Ergebenst Dr. H."

Meine Bitte um einige Ergänzungen wurde durch zwei Briefe beantwortet, einen von Dr. H. selbst und einen von seinem Sohne, einem Arzte an einer grossen Irrenanstalt. Ich habe aus beiden folgende Notizen entnommen:

Der Kranke versichert mir, dass seine Gesundheit sowohl vor wie nach dem Vorfall in keiner Hinsicht zu wünschen übrig liess.

Er führt ein durchaus regelmässiges Leben, ist mässig, trinkt nie stärkere alcoholische Getränke und gestattet sich höchstens ein bis zwei Glas Bordeaux jeden Tag.

Als er gerufen wurde, hielt er gerade seinen Nachmittagsschlaf. Er erinnert sich nicht, zur Kranken gerufen worden zu sein, aber er weiss, seinen Ueberzieher von seiner Tochter verlangt zu haben und Regenschirm und Forceps mitgenommen zu haben.

Wieder heimgekehrt, hatte er eine unbestimmte Empfindung, eine Entbindung geleitet zu haben, glaubte aber geträumt zu haben.

Als er nicht abliess, immer wieder auf dasselbe Thema zurückzukommen, Unruhe zeigte und die Absicht hegte, sich zur Patientin zu begeben, gingen seine Töchter dahin. Dort erfuhren sie, dass es Mutter und Kind gut gehe und dass alles gut abgelaufen sei; blos hätte der Doctor einen sehr abgespannten, müden Eindruck gemacht. Zwei Stunden später kam der durch Telegramm von den Töchtern herbeigerufene Sohn (Psychiater) an. Der alte Herr war durch den unerwarteten Besuch seines Sohnes betroffen, und brachte dessen Anwesenheit mit der Entbindung in Zusammenhang, von welcher ihm geträumt habe, oder glaubte auch von irgend einem Unfall bedroht zu sein und dass der Sohn gekommen sei ihn zu behandeln.

Sechs Tage nach dem ganzen Vorfall hatte Dr. H. eine andere Entbindung bei einer Clientin derselben Hebamme zu leiten. Als es sich zufällig wieder um eine Wendung handelte, bemerkte die Hebamme, dass es ihm das vorige Mal so rasch gelungen sei, einen Fuss zu ergreifen, dass ihm aber die Extraction des Kopfes damals viel Mühe gemacht habe, während ihm dieses Mal umgekehrt die Extraction des Fusses sehr viel Schwierigkeit bereite, während die Extraction des Kopfes sehr leicht von Statten ginge. Dr. H. nahm diese Gelegenheit wahr, über die erste Wendung Erkundigungen einzuziehen, ohne dass die Hebamme seinen Gedächtnissmangel bemerken konnte.

Des Sohnes Brief war wie folgt verfasst:

„Sehr geehrter Herr College!

Gestatten Sie mir, Ihnen für die Freundlichkeit zu danken. mit welcher Sie meinen Vater beruhigt haben. Ich werde versuchen, soweit es mir möglich ist, die nothgedrungen unvollständige Darlegung des Ihnen beschriebenen Vorfalles zu vervollständigen.

Mein Vater ist 78 Jahre alt; ausser einer starken multiplen Neuritis, von der er sich nie ganz erholt hat, entsinne ich mich nicht, ihn krank gesehen zu haben. Er hat ein musterhaft regelmässiges Leben geführt, ist mässig, raucht nicht, trinkt keine stärkeren alcoholischen Getränke und gestattet sich den Tag höchstens zwei Glas Bordeaux.

Als Landarzt hat er die medicinische Praxis in ihrer ganzen Ausdehnung (Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe) seit seinem 25. Jahre zur grössten Zufriedenheit seiner Clienten ausgeübt und, ohne selbst Schaden zu leiden durch die oft grossen Beschwerden, welche sein Beruf mit sich bringt.

Man kann sagen, dass er für sein vorgerücktes Alter mit solcher Kraft, sowohl physischer als moralischer, begabt ist, wie sie selten zu finden ist; er macht sich nichts daraus, 4—5 Stunden den Tag zu marschiren; er hat nie das leiseste Symptom seniler Demenz gezeigt.

Er geht früh zu Bett und steht früh auf, seine Stimmung ist immer gut; seine Verdauungsfunctionen sind die eines 20jährigen Mannes.

Hier sind meine Antworten auf Ihre Fragen:

1. Er schläft Abends ohne die geringste Schwierigkeit ein und erwacht nur beim Tone der Nachtklingel; er spricht nicht im Schlafe, hat keine activen Träume und war nie in Somnambulismus.

2. Die geistigen Fähigkeiten sind intact und haben im vorschreitenden Alter nicht abgenommen. Er ist von jeher von einem ausnehmend gut equilibrirten Nervensystem und einem eisernen Willen begabt gewesen.

3. Die einzige Sache, über die er an dem Tage klagte, an welchem der Vorfall sich ereignete, war ein Schmerz im Kreuz. Vermuthlich war derselbe aber einer Ermüdung zuzuschreiben, die durch eine Section mit Kaiserschnitt post mortem, welche er Tags zuvor gemacht hatte, verursacht war.

Gehen wir zur Thatsache selbst über!

Etwa um 5 Uhr Nachmittags wurde er, während er in seinem Fauteuil schlief. durch die Hebamme gerufen. Er stand sofort auf, verlangte nach seinem Ueberzieher, nahm die nöthigen Instrumente, Foreceps etc. an sich und ging zu Fuss zur Patientin, die etwa 5 Minuten von seinem Hause entfernt wohnte.

Es sei bemerkt, dass er dieses Mal ohne den geringsten Protest wegging. während er sonst, wenn er Nachmittags zu einem Kranken gerufen wurde, verdriesslich war. Diese Bemerkung wurde erst nachträglich von meinen Schwestern gemacht.

Zur Patientin angekommen, vollführte er die Wendung und Extraction; das Kind war asphyctisch. Der Ehemann der Frau sagt aus, dass Dr. H. über eine halbe Stunde Wiederbelebungsversuche gemacht habe, bis die Athmung in Gang kam; er war dadurch sehr müde geworden und schwitzte sehr stark. Der Doctor erschien dem Ehemann in diesem Momente ausserordentlich zerstreut und ver-

worren; er erkundigte sich z. B. wiederholt, ob der Mutterkuchen ausgestossen sei, obwohl ihm die Hebamme mehrfach Bescheid gesagt hatte. Er wollte auch in Hemdärmeln auf die Strasse gehen. Man half ihm in den Rock und liess ihn dann bei strömendem Regen und starkem Sturm allein nach Hause gehen.

Heimgekehrt stellte er seinen Schirm in den Corridor, ging in den Salon, und gab vor, den Schirm vergessen zu haben. Er setzte sich hierauf wieder hin und fragte einige Augenblicke später: „Hat man mich nicht zur Frau H. gerufen? Es ist mir Alles wie ein Traum!" Er wollte nicht glauben, dass er gerade von der betreffenden Dame komme. Man bemerkte dann, dass er für die jüngsten Ereignisse die Erinnerung vollständig verloren hatte. Jeden Augenblick erkundigte er sich nach der Zeit und wo er denn seine Taschenuhr habe, obwohl er dieselbe selbst am Morgen zum Uhrmacher behufs Reparatur getragen hatte. Er zeigte sich sehr erstaunt, im Laufe des Gespräches den Tod einer Person zu erfahren, die er selber einige Monate vor ihrem Tode behandelt hatte und bei deren Hinscheiden, das vor etwa 14 Tagen erfolgt war, er selbst anwesend war.

Für weiter zurückliegende Thatsachen war das Gedächtniss erhalten; die Amnesie erstreckte sich nur auf das, was sich in den letzten Wochen ereignet hatte. Man konnte ihn nur mit Mühe bewegen, sich schlafen zu legen, indem er behauptete, nicht müde und schläfrig zu sein.

Nach etwa einer halben Stunde schlief er ein; der Schlaf war ruhig und hielt an bis zu seiner gewöhnlichen Aufstehzeit am nächsten Morgen.

Von seinem Erwachen an erkundigte er sich nach Frau H. und wollte nicht glauben, bei ihr gewesen zu sein; er entsann sich ebensowenig seiner Heimkehr.

Er fragte, ob er sinnloses Zeug geschwatzt hätte und war froh, als man ihn über diesen Punkt beruhigen konnte. Im Laufe des Vormittages erinnerte er sich, meinen Bruder und dessen Frau, die man per Telegramm gerufen hatte, gesprochen zu haben.

Am nächsten Tage besuchte ich wieder meinen Vater, konnte aber weder in seinem Thun, noch in seinem Reden Anormales entdecken; selbstverständlich drückte er sein Erstaunen aus, eine so schwere Entbindung, ohne sich dessen bewusst zu sein, Tags zuvor geleitet zu haben.

Seitdem hat sich sein Befinden nicht geändert.

Einige Tage darauf musste er wieder bei einer schweren Entbindung während der Nacht zugegen sein, hat aber ohne jeden Zwischenfall die Sache erledigt.

Ich glaube Ihnen jetzt alles gesagt zu haben, was Sie interessiren und Ihnen einen Ueberblick über den Fall geben kann.

Indem ich Ihnen meinen Dank ausspreche etc. etc. Dr. H. jun.

Vor einigen Tagen schrieb mir dann noch Dr. H. jun., dass sich sein Vater auch weiterhin der besten Gesundheit erfreue. Es ist nichts Krankhaftes an ihm zu entdecken. Sein Gedächtniss ist intact. Er hat seine Praxis wie zuvor fortgeführt und widmet sich seinem Berufe ohne ernstliche Ermüdung.

Der beschriebene Fall ist mir hauptsächlich darum interessant, weil sich der Somnambulismus bei einem kerngesunden Manne gezeigt

hat, der frei von nervösen Fehlern ist und niemals hysterische Symptome gehabt hat. Sogar in seiner Jugend habe er nie im Schlafe gesprochen, noch habe er aufgeregte Träume gehabt. Dr. H. weiss bestimmt, nie vorher Noctambulismus unterworfen gewesen zu sein. Er hat sich, wie er mir versichert, nie mit hypnotischen Experimenten abgegeben und ist auch nie hypnotisirt worden. Das Phänomen, das er gezeigt hat, erinnert nicht an den krankhaften Automatismus des epileptischen Somnambulismus; ausserdem hat sich bei ihm kein Symptom der Epilepsie je gezeigt. Die Amnesie hat in diesem Falle keine Beziehung zu dem Versagen des Gedächtnisses, das senile Demenz begleitet; sie ist auch nicht die Folge irgend eines Traumatismus; sie ist vielmehr in jeder Hinsicht dem gleich, was den natürlichen und hypnotischen Somnambulismus kennzeichnet. Dementsprechend halte ich folgende Erklärung der Thatsache als die einzig mögliche.

Dr. H. schlief, ermüdet durch die Section des Kaiserschnittes, die er Tags zuvor ausgeführt hatte, am betreffenden Nachmittage tiefer, als gewöhnlich, ein. Er ist dem Ruf zur Patientin automatisch gefolgt und hat sich im somnambulen Zustande zur Wöchnerin begeben, deren Entbindung er auch in diesem Bewusstseinszustand ausgeführt hat. Erst nach seiner Rückkehr und nachdem er wieder seinen Platz am Ofen eingenommen hatte, ist er aufgewacht.

Die Lücken im Gedächtniss über die vorhergehenden Thatsachen erklären sich leicht mit der durch die Erregung erzeugte Autosuggestion, wobei die Erregung leicht durch die Fremdartigkeit des Phänomens verständlich ist.

Ausser einigen Beobachtungen, die Vogt anführt (Diese Ztschr., Bd. IV, pag. 32 f.) habe ich in einer Publication von Hacke Tuke: Sleepwalking and Hypnotisme (1884 London J. and B. Churchhill) von einem Falle spontanen Somnambulismus gelesen, der einige Analogie mit unserem hat. Es handelt sich auch um einen Arzt, bei dem sich das Phänomen auch während der Ausübung seines Berufes zeigt, nur dass dessen Antecedenzien den Neuropathen characterisiren.

Dr. Blanc, Psychiater und Arzt an einer grossen Irrenanstalt, wollte gerade, nachdem er die Morgenvisite in seiner Abtheilung erledigt hatte, dieselbe verlassen, als ihm die Wärterin sagte: „Aber Herr Doctor, Sie haben vergessen, die neue Kranke zu sehen." — „Wie! eine neue Kranke?" — „Gewiss! es ist die Dame, welche Sie selbst diese Nacht hierhergebracht haben." — „Ich? Sie irren! Ich bin diese Nacht nicht hier gewesen." — „Doch Herr Doctor, kommen Sie doch mit; ich will sie Ihnen zeigen."

Hierüber erstaunt, öffnete die Wärterin das anstossende Zimmer und zeigte eine maniakalische Frau.

Dr. Blanc war die Nacht wirklich wegen einer neu eingelieferten Kranken gestört worden. Er war aufgestanden und war in das Bureau gegangen, um die Kranke zu untersuchen und die zur Aufnahme nöthigen Papiere zu prüfen. Als sich die Kranke sehr aufgeregt zeigte, brachte er sie persönlich in die Abtheilung für Aufgeregte. Trotzdem erinnerte er sich an nichts.

Der Anblick der Kranken und die bestimmte Behauptung der Wärterin überzeugten ihn endlich von der Wahrheit der Thatsache, aber die Erinnerung kam ihm dabei doch nicht.

Dr. Hack Tuke hat diese Beobachtung von Dr. N., der gleichzeitig als Arzt an derselben Anstalt thätig war. Derselbe ergänzte die Geschichte Dr. Blanc's, indem er bemerkte, dass er mit phantastischer Einbildungskraft begabt sei, die ihn mitunter völlig aus der Luft gegriffene Dinge als Thatsachen angeben liess.

So passirte eines Abends Dr. Blanc, dass er Dr. N., mit dem er im Bureau zusammen war, einen Brief mit der Bitte gab, ihn zu lesen. Der Brief war an die Familie eines Kranken gerichtet und enthielt in gewählten und mitfühlenden Worten die Meldung, dass der Kranke die Nacht gestorben sei. Dr. N. sah seinen Freund erstaunt an und meinte: „Ich wusste nicht, dass der Kranke gestorben sei." — „Er ist es thatsächlich nicht", sagte Dr. Blanc. — „Wie kam es da, dass Sie den Brief schrieben?" — „Ich weiss es nicht", war seine Antwort, „ich glaubte so sicher zu sein, dass er gestorben sei; trotzdem habe ich mich, wie ich das Couvert schliessen wollte, bedacht und mir gesagt: Ist denn jener Mann wirklich gestorben? Dann bin ich hingegangen und habe mich überzeugen können, dass er noch lebte."

Momentweise fühlte sich Dr. Blanc in einem Dämmerzustand, einem Zustand wachen Träumens, der dem Somnambulismus sehr gleicht. Eines Tages wurde er mitten in einer metaphysischen Betrachtung durch eine Wärterin gerufen, die sich Instruction darüber erbitten wollte, wie eine aufgeregte delirirende Kranke beruhigt werden sollte. Zum grossen Erstaunen der Wärterin antwortete Dr. B.: „Sagen Sie ihr, dass sie aufhören und sich ruhig verhalten soll." Weiter konnte die Wärterin kein Wort von ihm erlangen.

In beiden Fällen handelt es sich offenbar um spontanen Somnambulismus. Im ersten Falle sehen wir ihn an einem völlig gesunden Manne auftreten, im zweiten bei einem entschiedenen Neuropathen. Ein Irrthum ist ausgeschlossen, da die characteristischen Symptome des somnambulen Zustandes ganz klar liegen.

Man kann thatsächlich einen anormalen Zustand constatiren, in dem der Kranke sehen, hören und handeln konnte und wo sich nach dem Erwachen vollständige oder fast völlige Amnesie einstellte.

Bevor ich schliesse, möchte ich noch einer Selbstbeobachtung von Dr. Naeke Erwähnung thun, die sich nicht auf einen somnambulen Zustand im eigentlichen Sinne des Wortes bezieht, sondern auf einen

Dämmerzustand mit Amnesie, herrührend von einer leichten Commotion durch einen Schlag ins Gesicht (Conf. Neurolog. Centralblatt 15. Dec. 1897 und Revue de Psychologie clin. et thér. Febr. 1898).

Der Autor erzählt, dass er im Laufe seiner Morgenvisite am 8. Oct. 1897 von einem Kranken, der an hochgradiger Manie litt, einen leichten Schlag ins Gesicht erhielt. Der Schlag berührte des Dr. rechte Wange, der über die Füsse eines anderen Kranken stolpernd, zu Boden fiel und sich an einer Stuhlkante leicht am Thorax verletzte. Als er aufstand, war er etwas schwindlich. Trotzdem konnte er den Vorfall noch in sein Notizbuch eintragen, seinen Besuch beenden und seine Wohnung erreichen. Den ganzen Tag über fühlte er den Kopf wie leer mit rechtsseitigem Kopfdruck. Er konnte sich keiner wissenschaftlichen Arbeit widmen. Die Erinnerung war confus. Was sich in der Viertelstunde nach dem Unfall ereignete, davon war ihm nichts im Gedächtniss haften geblieben. Aus seinem Notizbuche ersah er den Unfall selbst. Wie er seine Visite zu Ende geführt hatte und heimgekommen war, war ihm nicht bewusst. Noch am nächsten Tage behielt er einen leichten Druck am Thorax.

Dr. Naeke bezeichnet diesen unbestimmten cerebralen Zustand, der einem unbedeutenden Traumatismus folgte, als „Dämmerzustand". Er erzählt, dass er vom erhaltenen Schlage keinerlei Mal zurückbehalten habe, dass er aber trotzdem sein Bewusstsein habe schwinden fühlen und sich in der Folge ein gewisser Grad von Amnesie für alles, was vorgefallen war, eingestellt habe. Das Bewusstsein war nicht im Moment des Unfalles selbst abwesend, denn er konnte ja sein Empfinden niederschreiben.* Um endlich sich vor aller Autosuggestion oder Entstellung der Wahrheit durch nachträgliche Erinnerungen zu schützen, schrieb er noch am selben Tag die Thatsache nieder. Er schrieb das Phänomen nicht dem emotiven Choc zu, da er keinerlei Manifestation emotioneller Art hatte (Pulsunregelmässigkeit, vasomotorische Störungen etc.). Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die Verbrechen, welche durch Individuen begangen werden können, welche wie er somnambule Zustände zeigen, die mit partieller Amnesie gefolgt sind, sowie auch auf die Folgen, welche die Gewohnheit, Kinder zu ohrfeigen haben kann, deren Gehirn noch so delicat ist.

Amsterdam, 1. Mai 1898.

Ueber die Natur der suggerirten Anästhesie.



Von

Oskar Vogt.

Mit 4 Figuren auf 2 Tafeln.

Das Wesen des Schlafes ist uns noch durchaus unbekannt.[1] Wir können ihn bisher nur symptomatisch beschreiben. Wo immer wir daher Bewusstseinszustände unter diejenigen des Schlafes einräumen wollen, geschieht es daher auch nur nach einzelnen Symptomen. Dabei gehen über diejenigen Symptome, welche für einen Schlaf characteristisch sind, die Meinungen noch weit auseinander. Wird eine spätere Erkenntniss Symptome, auf die bei einer Classification Werth gelegt ist, als minderwerthig aufdecken, so wird damit auch ein entsprechender Eintheilungsversuch hinfällig werden. Andererseits aber ist eine derartige symptomatische Classification eine Stufe auf dem Wege zu einer tieferen Erkenntniss.

Von diesem Gesichtspunkt aus sind auch die folgenden Ausführungen anzusehen, Ausführungen, welche die Auffassung der suggerirten Anästhesie als eines partiellen Schlafes stützen sollen.

I.

Allgemeine Symptome.

In früheren Ausführungen[2]) habe ich gewisse characteristische Symptome aller Schlafzustände aufzustellen versucht.

---

[1]) Vgl. darüber Vogt, Spontane Somnambulie in der Hypnose. Diese Zeitschrift, Bd. VI.

[2]) Vgl. Vogt, loc. cit. und Vogt, Die dir. psychol. Experimentalmethode in hypnot. Bewusstseinszuständen. Diese Ztschr., Bd. V.

Ihrem ganzen Wesen nach äussern sich die letzteren als Herabsetzungen der nervösen Erregbarkeit, mit einem Worte als Hemmungen.

Diese Hemmungen sind nun speciell dadurch characterisirt, dass sie

1. plötzlich auftreten und plötzlich verschwinden können,

2. durch periphere Reize, soweit diese nicht durch ihre Einförmigkeit oder associativ im entgegengesetzten Sinne wirken, vermindert oder aufgehoben werden und

3. nie die Intensität von wirklichen Ausfallserscheinungen (die wir z. B. bei Herderkrankungen vor uns haben) annehmen, sondern nur eine so weit gehende Herabsetzung der Erregbarkeit der gehemmten Centra darstellen, dass für die stattfindenden psychophysischen Vorgänge secundär eine hypnotische Hypermnesie möglich ist.

Auf diese Characteristica geprüft, weist die suggerirte Anästhesie sie alle auf.

1. Dass die suggerirte Anästhesie eine Hemmung darstellt, die plötzlich hervorgerufen und ebenso plötzlich zum Schwinden gebracht werden kann, bedarf ja keiner weiteren Ausführung.

2. Der die Anästhesie beseitigende Einfluss peripherer Reize geht aus folgenden Experimenten hervor.

Ich rufe das atonische Stadium (siehe darüber weiter unten!) der Anästhesie des unbekleideten rechten Armes hervor. Die Versuchsperson hat bei geschlossenen Augen keine Vorstellung von der gegenwärtigen Lage des Armes und ist auch unfähig, irgendwie den Arm zu bewegen. Sie wird jetzt aufgefordert, alle Aufmerksamkeit auf die Erzielung einer Armbewegung zu concentriren. Nach einigen Minuten gelingt dann der Versuchsperson eine erste Bewegung. Gleichzeitig giebt sie aber an, jetzt auch wieder Empfindungen vom Arm zu haben. Die Anästhesie ist bis zu einem gewissen Grade geschwunden. Es handelt sich also um eine Aufhebung der Anästhesie durch active Concentration der eigenen Aufmerksamkeit der Versuchsperson. Notirt wurde nun die Zeit, welche zwischen dem Beginn der Concentration der Aufmerksamkeit auf eine Bewegung und dem thatsächlichen Gelingen einer solchen verstrich. Es wurde dann dieser Versuch unter variirenden Bedingungen ausgeführt. Einmal wurde bei geschlossenen Augen der auf einem Tisch liegende anästhetische Arm vollständig in Ruhe gelassen und dann wurde er beständig passiv gebeugt und gestreckt. Es handelte sich hier also um eine directe Reizung des kinästhetischen Centrums. Bei einer anderen Versuchsreihe blieb der Arm jedes Mal ruhig auf dem Tisch liegen, aber die Versuchsperson hatte nun jedes zweite Mal

die Augen geschlossen, während sie in den anderen Fällen die geöffneten Augen auf den anästhetischen Arm richtete. Auf diese Weise wurde das kinästhetische Centrum associativ durch Gesichtseindrücke gereizt.

Beide Versuchsreihen wurden bei verschiedenen Personen ausgeführt. Immer zeigte sich — bei der ersteren Versuchsanordnung wesentlich ausgeprägter als bei der zweiten — dass unter dem Einfluss der bezüglichen Sinnesreize die beabsichtigte Bewegung wesentlich schneller eintrat. Wir sehen also so klar den die Anästhesie aufzuheben tendirenden Einfluss der peripheren Reize.

3. Dass die Anästhesie nicht an Intensität einer Ausfallserscheinung gleich kommt, ist zuerst von Forel bewiesen durch ein Experiment, auf das ich schon öfter in meinen Arbeiten Bezug genommen habe. Man kann mit Hülfe der hypnotischen Hypermnesie das Erinnerungsbild einer vorher nicht empfundenen Berührung hervorrufen.

Wir sehen so, dass jene Symptome, die nach meiner Ansicht allen Schlafzuständen gemein und zugleich für sie characteristisch sind, sich bei der suggerirten Anästhesie wiederfinden. Ich glaube uns daher berechtigt, die suggerirte Anästhesie als einen partiellen Schlaf aufzufassen.

Es sind nun aber noch specielle Symptome, die mich in dieser Auffassung wesentlich bestärken. Auf sie möchte ich besonders die Aufmerksamkeit des Lesers richten.

II.

Specielle Symptome.

Schon in früheren Arbeiten [1]) habe ich darauf aufmerksam gemacht, dass das Einschlafen, sei es spontan oder suggestiv, von characteristischen Veränderungen des Muskeltonus begleitet ist. Kurze Zeit vor dem vollständigen Einschlafen, dem ein Unerregbarwerden des Hautsinnes parallel geht, tritt eine starke Zunahme des Muskeltonus auf. Derselbe überdauert das vollständige Einschlafen kurze Zeit. Als Folge des gesteigerten Muskeltonus zeigen die Glieder Katalepsie. Weiterhin schwindet bei Zunahme der Schlaftiefe diese Steigerung des Muskeltonus und macht einer Atonie Platz. Der Uebergang zwischen diesen beiden Stadien ist ein ziemlich schroffer. Bei langsamem Erwachen folgt der

---

[1]) Vgl. Zur Kenntniss des Wesens und der psych. Bedeut. d. Hypnot. Diese Ztschr., Bd. III u. Spontane Somnambulie in der Hypnose. Diese Ztschr., Bd. VI, pag. 89f.

normale Tonus des Wachseins erst nach einem kataleptischen Stadium der Atonie. Weckt man den Schläfer während des kataleptischen Stadiums, so verschwindet der gesteigerte Muskeltonus sofort.

Diese Aenderungen treten deutlich in der plethysmographischen Curve hervor, die man von einem Arm während der Zeit des Einschlafens nimmt. Während des kataleptischen Stadiums steigt die Curve stark an; dagegen sinkt sie während der Atonie unter die Anfangsabscissenlinie.

Die beifolgenden Abbildungen [1]) beziehen sich auf eine Versuchsperson (Mediciner), die sehr ausgeprägt das kataleptische Stadium zeigte. Die oberen Curven beziehen sich auf die Athmung. Sie haben nur den Zweck, zu zeigen, dass die Veränderungen der plethysmographischen Curve nicht etwa durch solche der Athmungscurve bedingt sind.

Beim Versuch 1 (Figur 1) zeigt das Wort „Schlaf" den Moment an, wo ich die Schlafsuggestion gab. Diese realisirte sich schnell. Das im Moment des Augenschlusses bei den meisten Versuchspersonen von mir beobachtete kurz dauernde Sinken der Curve trat bei dieser Versuchsperson nicht ein. [2]) Wir sehen dann aber das schnelle Steigen der Curve. Durch passive Bewegungen des anderen freien Armes habe ich mich überzeugt, dass dem jetzigen Curvenabschnitt das kataleptische Stadium entspricht. Dann sehen wir die Curve plötzlich unter die Anfangsabscissenlinie hinuntersinken. Der freie Arm fällt jetzt schlaff herab, wenn man ihn hochhebt und loslässt. Die weitere Curve ist nicht abgebildet. Die Versuchsperson gab am Schluss des Versuchs an, fest geschlafen zu haben.

Beim Versuch 2 (Figur 2) habe ich die Versuchsperson geweckt in dem Moment, wo ich den Eintritt des atonischen Stadiums erwartete. Sofort sank die Curve stark, und zwar sogar unter die Abfangsabscissenlinie. Dieses hat darin seinen Grund, dass zu der Volumenverminderung, die den Uebergang des kataleptischen Stadiums in dasjenige des normalen Tonus begleitet, diejenige hinzukam, die jedes plötzliche Erwecken aus einem tiefen, allgemeinen Schlaf begleitet. [3]) Gleich darauf stieg in einem nicht mehr abgebildeten Curvenabschnitt die Curve zur Höhe der Anfangsabscissenlinie wieder auf.

Ueber die psychophysische Grundlage dieser Aenderungen des Muskeltonus beim Eintreten des Schlafes habe ich mich an anderen Stellen eingehend geäussert. [4]) Für unseren jetzigen Gedankengang

---

[1]) Die Untersuchungen wurden Sommer 1895 im physiologischen Institut der Universität Leipzig vorgenommen. Es sei mir auch an dieser Stelle gestattet, Herrn Prof. v. Frey für die so liebenswürdigen Unterweisungen und das freundliche Ueberlassen der Apparate meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

[2]) Vgl. Vogt, Spontane Somnambulie in der Hypnose. Diese Zeitschrift, Bd. VI, pag. 89.

[3]) Vgl. l. cit. pag. 90.

[4]) In Forel, Hypnotismus, 3. Aufl., pag. 127f. und ausführlicher in Vogt, Zur Kenntn. d. Wes. u. d. psych. Bedeut. d. Hypn. Diese Ztschr., Bd. III, pag. 326ff.

genügt es, die Anschauung hier zu vertreten, dass die Veränderungen des Muskeltonus nicht die Folgeerscheinungen der allgemeinen Schlafhemmung als solcher darstellen, sondern diejenigen jener Theilhemmung, die speciell die sensomotorischen Centra befällt. Dabei ist es für unseren heutigen Ideengang gleichgültig, ob dabei nur die höchsten sog. „psychomotorischen“ Centra oder auch tiefere motorische Centra in Betracht kommen. Gegen die Auffassung aber, dass die Tonusänderungen auf jene Theilhemmung zurückzuführen seien, wird wohl Niemand etwas einzuwenden haben.

Wenn nun aber jene Veränderungen des Muskeltonus als Folgen des partiellen Schlafes der sensomotorischen Centra aufgefasst werden müssen, dann muss man sie auch andererseits da constatiren können, wo man ausschliesslich den partiellen Schlaf dieser Centra hervorruft. Nun zeigt aber weiterhin das Körperglied, in dem man eine suggestive Anästhesie hervorruft, die geschilderten Veränderungen des Muskeltonus. Was liegt da näher, als in dieser suggestiven Anästhesie den partiellen Schlaf der sensomotorischen Centra zu sehen?

Wenn ich einer Versuchsperson in dessen Wachsein die Anästhesie des Armes suggerire und ab und zu dann den Arm auf Katalepsie prüfe, so constatire ich ein allmähliches Auftreten dieser kurz vor jener Zeit, wo die Anästhesie eintritt. Die Versuchsperson empfindet in stark abgeschwächtem Maasse noch passive Bewegungen und ist höchlichst erstaunt, dass der Arm die ihm gegebenen Stellungen bewahrt. Diese Katalepsie überdauert nun etwas das Eintreten der Anästhesie. Die Versuchsperson weiss nicht mehr die Stellung des kataleptischen Armes bei geschlossenen Augen anzugeben. Setze ich noch weiter die Anästhesiesuggestionen fort, dann tritt an Stelle der Katalepsie eine ausgesprochene Atonie. Das Stadium der Katalepsie zeigt an Intensität und Dauer starke individuelle Schwankungen. Das einzelne Individuum aber zeigt beim suggerirten Totalschlaf und der suggerirten Anästhesie annähernd gleich ausgeprägte Schwankungen des Muskeltonus.

Entsprechend diesen Thatsachen zeigt dann auch die plethysmographische Curve von einem Arm bei Suggestion der Anästhesie derselben die gleichen Schwankungen, die wir oben als für den Schlaf characteristisch kennen gelernt haben.

Bei Versuch 3 (Fig. 3) wurde bei dem Wort „Anästhesie!“ dieselbe suggerirt. Wir sehen dann das Steigen der Curve und ihr späteres Fallen unter die Anfangs-

abscissenlinie. Das Wort „Gefühl!" zeigt dann den Moment an, wo ich eine Rückkehr der Sensibilität suggerirte. Diese Suggestion hatte sich an der Stelle, wo „Volles Gefühl" steht, vollständig realisirt. Wir sehen, dass zwischendurch der Arm wieder das kataleptische Stadium durchgemacht hatte. Nunmehr hält sich die Curve auf der Anfangsabscissenlinie.

Bei Versuch 4 (Fig. 4) wurde bei dem Wort „Anästhesie!" diese hinwiederum suggerirt. Die Versuchsperson erklärte kurz, bevor ich die Suggestion der Rückkehr der Sensibilität (durch das Wort „Gefühl!" angedeutet) gab, vollständig anästhetisch zu sein. Es handelte sich also um die anästhetische Periode des kataleptischen Stadiums. Als ich dann die Suggestion der Rückkehr der Sensibilität gab, fiel die Curve sofort in die Anfangsabscissenlinie zurück.

Die Analogie zwischen Figur 1 und der ersten Hälfte von Fig. 3 und die zwischen Figur 2 und 4 wird jedem leicht erkennbar sein.

So kommen wir also zu dem Resultat, dass bei der suggerirten Anästhesie eines Körpertheils jene Aenderungen des Tonus der Muskulatur auftreten, die wir als für den partiellen Schlaf der sensomotorischen Centra characteristisch theoretisch erschlossen haben. Diese Identität in der Aenderung des Muskeltonus bestärkt uns in der Annahme, dass die suggerirte Anästhesie ein partieller Schlaf sei. Wir sahen im ersten Abschnitt unserer Ausführungen, dass die suggerirte Anästhesie die allgemeinen Symptome aller Schlafzustände: die Möglichkeit eines plötzlichen Auftretens und Verschwindens, ihre Aufhebung durch periphere Reize und die Möglichkeit einer secundären hypnotischen Hypermnesie aufweisen. Wir können jetzt hinzufügen, dass die suggerirte Anästhesie eines Körpergliedes auch jenes specielle Symptom der obigen Aenderungen des Muskeltonus aufweist, das wir als characteristisch für den partiellen Schlaf der sensomotorischen Centra ansehen müssen.

Wir sehen darin nicht einen definitiven Beweis, dass die suggerirte Anästhesie ein partieller Schlaf sei. Aber dieser Beweis ist, wie wir bereits in der Einleitung sahen, zur Zeit überhaupt nicht zu erbringen. Der obige Nachweis, dass die suggerirte Anästhesie eines Gliedes jene Aenderungen des Muskeltonus aufweist, die wir als ein specielles Symptom des partiellen Schlafes der sensomotorischen Centra ansehen müssen, scheint mir aber der beste Wahrscheinlichkeitsbeweis zu sein, der bisher für die Auffassung der suggerirten Anästhesie als eines Schlafzustandes erbracht worden ist. Von diesem Gesichtspunkt aus wurden die vorstehenden Ausführungen geschrieben.

Literaturübersichten.

Zusammenstellung der Literatur über Hysterie aus den Jahren 1896 und 1897.

(2. Fortsetzung.)

---

37. *Ranschburg*, Ein Fall von in hohem Alter aufgetretener acuter Hysterie. — Pest. med. chir. Presse 1896, Nr. 26.

Eine Mittheilung, deren Hauptinteresse darin besteht, dass bei einer früher nicht nervösen Person im Alter von 72 Jahren sich eine typische Hysterie aus ganz geringfügigem Anlass entwickelte. Das höchste Alter, in dem das Auftreten von Hysterie bisher beobachtet wurde, war 60 Jahre (Landouzy). Die Form der Hysterie war eine schwere und zeigte hystero-epileptische Anfälle von einstündiger Dauer, Hemianästhesie der cutanen und sensoriellen Sensibilität, Hyperästhesie, l. Ovarie, Schüttel-Tremor der l. Extremitäten, doppelseitige Gesichtsfeldeinengung. Als Ursache der Erkrankung wird eine durch heftigen Luftzug beim Oeffnen des Fensters hervorgerufene Ohnmacht bezeichnet, welche eine linksseitige Hemiparese zurückliess. Patientin hatte vorher 2 Söhne verloren und sich sehr darüber gehärmt.

Verf. rubricirt den Fall ätiologisch unter den Formen der „pathologisch gesteigerten Suggestibilität“. Brodmann.

38. *Harlan*, The pupil reflex in absolute Blindness. Univ. med. Mag. IX. 3. 1896.

Verf. konnte bei einer aus organischer Ursache absolut blinden Person geringe Lichtreaction nachweisen. Ausserdem berichtet er über einen Fall von Heilung durch Suggestion bei einer mit Mydriasis und Pupillenstarre verbundenen hysterischen Erblindung. Brodmann.

39. *Jolly*, Combination organischer Nervenkrankheit mit Hysterie, Krankenvorstellung in der Berl. Ges. für Psychiatrie. — Bericht der Allg. med. Central-Zeitung 1896, Nr. 66.

Ein 33jähriger Heilgehilfe, Potator, erkrankt nach deliriumartigem Anfall mit Anschwellung und nachheriger Muskel-Atrophie des r. Vorderarms, namentlich im

Gebiet des Ulnaris. Ea R., l. Arm in geringerem Grade und später erkrankend. Sensibilitätsstörungen ringförmig abschneidend. bei der Prüfung beantwortet der Patient (auf die Frage, ob er etwas fühle) jede Berührung mit „Nein", er giebt sogar an: „Pinsel nein" und „Nadel nein". Verfasser schliesst trotzdem Simulation aus, denn die Angaben sind analog, wie die hysterische Blindheit zu erklären; da die Sinnesempfindung herabgesetzt ist, erhält der Patient vermöge seines eigenthümlichen Geisteszustandes den Eindruck, dass dieselbe ganz fehlt.

Die organische Erkrankung führt Verf. — dies sei nur kurz erwähnt — auf Neuritis alcoholica oder Syringomyelie oder schliesslich auf Neuromyositis zurück.

Brodmann.

40. *Vukadinovic*, Ein Fall von hysterischer, mit Taubheit verbundener Aphasie nach einem hysteroepileptischen Anfalle. — Wien. med. Presse 1896 Nr. 8. —

Der erste Theil der Arbeit trägt einen historischen Character; Verf. bringt reichliche Literaturangaben über hysterische Stummheit und Taubheit und publicirt dann eine eigene Beobachtung.

Bei einem erblich belasteten, in potu mässigen, 17jährigen Mechaniker entstanden plötzlich nächtliche Thierhallucinationen. Pat. wachte schreckhaft auf, sah ein farbiges Schwein in seinem Zimmer, das sich auf ihn stürzen wollte: er entlief aus dem Zimmer, sprang die Treppe hinab und wurde dann plötzlich bewusstlos. Seit dieser Ohnmacht ist Pat. völlig stumm und fast vollkommen taub. Fähigkeit zu lesen und schriftliche Verständigung erhalten. Pat. beschäftigte sich während seiner Aphasie viel mit Zeitungslectüre und verrichtete auch seine Arbeit wie früher, Zunge frei beweglich, Sensibilität und Motilität intact.

Auf die Ordination von Bromkali mit der Versicherung, dass sich in kurzer Zeit die Sprache und das Gehör wieder einstellen werden, nach 4 Tagen allmähliche Heilung, zunächst Besserung des Gehörs, dann Versuch zu sprechen, anfangs stotternde, später vollkommen normale Sprache. Heilung besteht 5 Monate.

Brodmann.

41. *Zuppinger*, Casuistischer Beitrag zur Kenntniss des hysterischen Mutismus bei Kindern. — Wien. klin. Wochenschrift 1896. Nr. 35, pag. 797. —

Fall. 12jähriger, nicht belasteter Knabe, aquirirte im Anschluss an einen schweren hystero-epileptischen Anfall eine hysterische Stummheit; Combination von Aphasie und Aphonie bei erhaltener Bewegungsfähigkeit der Lippen und Zunge. Keine Wortblindheit und Worttaubheit, keine Agraphie. Laryngoscopisch findet sich eine Störung der Innervation in der Art, „dass bei der Aufforderung zu phoniren bald die weite Inspirationsstellung lange nicht verlassen wird, bald wieder Stimmbänder und Taschenbänder krampfhaft geschlossen werden und in dieser Stellung auch längere Zeit verharren." Sensibilität: R. total aufgehoben, selbst tiefe Nadelstiche lösen keine Reactionszuckungen aus, l. wenig herabgesetzt. Motorische Lähmungen nicht vorhanden.

Verlauf: Zunächst Besserung der linksseitigen Hyperästhesie. Hypnoseversuche (v. Krafft-Ebing) misslangen; auf Wachsuggestion verbunden mit Electrotherapie zunehmende Besserung, nach 2 Monaten völlige Heilung; nur am l. Vorderarm

noch kreisförmig abgegrenzte Anästhesie. Linke Körperhälfte jetzt mässig hyperästhetisch.

Brodmann.

42. *Strümpell*, Ueber hysterische Hämoptoe, insbesondere bei Unfallkranken. — Monatsschr. f. Unfallheilk. 1897, IV 1, B. 1.

Fall. Pat., Eisenformer, bekam wenige Tage nach einem Unfall (Quetschung der l. Thoraxwand mit Rippenfracturen) ein beständiges Hüsteln und Räuspern mit blutigem Auswurf und dauernde Schmerzen in der l. Seite und im l. Arm. Sonstige Beschwerden waren Kopfschmerzen, Schläfrigkeit und andere neurasthenische Symptome.

Das Hüsteln war ein ganz oberflächliches und schonendes, das, wie man leicht erkennen konnte, nicht aus den Lungen kam. Objectiv fanden sich vollkommen gesunde Lungen und sonstige Organe; die Schleimhaut des Gaumens und des Kehlkopfeinganges lebhaft geröthet, mit kleinsten Hämorrhagien besetzt. Auch das Zahnfleisch zeigte kleinste Blutungen.

Das Sputum war leicht blutig gefärbt, enthielt fast nur Schleim, ganz wenig Eiterkörperchen und corpusculäre Bestandtheile, die alle aus Mund und Rachen stammten. Tägliche Menge des Sputums 15—30 ccm.

Besserung trat durch psychische Aufmunterung und Versicherung, dass die Lunge gesund sei, ein.

Verf. zieht aus diesem Befund den Schluss, dass eine sog. hysterische Hämoptoe vorliege; dieselbe sei im Allgemeinen noch zu wenig beachtet, sie kennzeichne sich durch geringen Blutgehalt des Auswurfs, durch den microscopischen Nachweis, dass die Sputumbestandtheile aus Rachen und Mundhöhle stammen, durch die lange Dauer der Blutbeimengung und durch die Art des Hustens. Verf. meint, dass die Blutbeimengung rein mechanisch bedingt sei und entweder durch Schleimhautschädigung in Folge des ständigen Hustens oder auch durch Saugen am Zahnfleisch entstehe; an eine hysterische Trophoneurose glaubt er nicht. Sehr nahe berühren sich in solchen Fällen, nach Ansicht des Verf., die Grenzgebiete der psychisch bedingten hysterischen Symptome und der Simulation. Die Krankheit entsteht zunächst durch die Vorstellung einer schweren Schädigung der Brustorgane, wodurch der Husten rein psychisch ausgelöst wird; dazu kommt dann noch bei Unfallverletzten der Wunsch, möglichst krank zu sein, wodurch die Production der hysterischen Symptome gefördert wird. Verf. meint deshalb, dass, so leicht theoretisch die Grenze zu ziehen sei, in praxi doch oft eine Unterscheidung von Simulation und Hysterie nicht möglich sei, da beide denselben psychogenen Ursprung haben.

Verf. betont noch, dass die neuropathische Hämoptoe nicht ausschliesslich der traumatischen Hysterie zukommen, sondern auch sonst gelegentlich beobachtet werde.

Brodmann.

43. *Glaeser*, Casuistische Mittheilungen I. Hemiplegia hysterica. Deut. med. Wochenschrift 1897. Nr. 51. —

Der Polymorphismus der hysterischen Symptombilder und die Aehnlichkeit derselben mit organischen Erkrankungen ist in dem vom Verf. beschriebenen Fall recht anschaulich dargestellt. Leider war die Beobachtungszeit eine zu kurze, so dass eine unzweifelhafte Diagnose nicht gestellt werden konnte. Immerhin neigt Verf. nach einer kritischen Würdigung der differentialdiagnotischen Merkmale

zwischen sog. „hysterischem Schlaganfall“ (Charcot) und Apoplexia sanguinea der Ansicht zu, dass es sich doch um eine Hysterie gehandelt habe.

Fall: Eine kräftige, stets gesunde, 36 Jahre alte Arbeiterfrau erwacht eines Morgens nach einer heftigen Gemüthsbewegung mit einer vollständigen Lähmung des r. Armes; kaum hat sie dieselbe bemerkt, so fällt sie in Ohnmacht und wird dann bewusstlos in die Klinik gebracht.

Status: Patientin liegt ruhig athmend da, reagirt auf Anrufen schwach. Es besteht eine schlaffe Lähmung des r. Armes und r. Beines. Patellarreflex l. mässig stark, r. herabgesetzt. Facialis frei. Zunge ist frei beweglich im Munde, kann aber nicht vorgestreckt werden. Incontinentia urinae et alvi. Gaumenreflex fehlt. Bei starker faradischer Reizung zieht Patientin ihre gelähmten Beine zurück.

Verlauf: Allmähliche Aufhellung des Bewusstseins, Sprache sehr beschränkt, nur einzelne Laute, z. B. „Ja“ werden hervorgebracht. Patellarreflex zuerst l., dann r. erloschen. Sensibilität zunächst nur wenig verändert, für feine tactile Reize etwas herabgesetzt, später sehr schwankend und auch nach Herstellung der Mobilität noch vorhanden. Zunge manchmal vorstreckbar, aber Sprache fehlt; die Worte sind nach Angabe der Patientin vorhanden, können nur nicht hervorgebracht werden. Keine Gesichtsfeldeinengung, keine Ea R, keine Schlingbeschwerden. Nach Ablauf von 5 Wochen völlige Gehfähigkeit ohne jede Andeutung einer pathologischen Gangart; auch rasche Besserung der Sprache, nur noch Symptome reiner motorischer Aphasie. Vorübergehend beginnende Beugecontractur im r. Arm, rasche Besserung durch Massage. Nach $^1/_2$ Jahre geheilt entlassen, doch ist auch jetzt der Patellareflex l. schwach, r. gar nicht auszulösen und der Plantarreflex l. erloschen.

Für Hysterie sprechen nach Ansicht des Verf. folgende Momente: Das Fehlen der Facialislähmung — nach Charcot, Leube und Strümpell soll gerade der Mangel dieses Symptoms bei Hemiplegie stets auf einen functionellen Ursprung der Lähmung hinweisen. — Das Verhalten der Zunge weist auf Hemispasmus hin. Die eigenartige Abnormität der Kniephänomene: Herabsetzung auf der gelähmten Seite und wechselndes Verhalten derselben, spricht entschieden gegen eine cerebrale Lähmung. Fehlen des Patellarreflexes an sich würde weder zu Gunsten einer hysterischen noch einer organischen Hemiplegie gedeutet werden können. — Aus dem Character der Lähmung (schlaffe L.) kann nicht absolut gegen die Annahme einer Apoplexie geschlossen werden, da auch bei Hirnhämorhagie, sofern nicht secundäre Degeneration eintritt, schlaffe Lähmung bestehen kann. Der Wechsel der sensibeln Störungen und das Fortbestehen derselben nach Ausheilung der motorischen Lähmung ist ebenfalls nur durch Hysterie zu erklären. — Die Sprachstörung deckt sich am besten mit dem Bilde des hysterischen Mutismus: Stimmlähmung ohne Aphonie mit Zungenkrampf. Die rasche Heilung und das Fehlen jeder pathologischen Gangart wäre bei organischer Lähmung kaum denkbar.

Das Alter der Kranken, die Entstehung der Affection nach einer Gemüthserschütterung sprechen ebenfalls gegen Apoplexie.

Aussergewöhnlich ist in diesem Falle, auch wenn man Hysterie annimmt, der plötzliche Ausbruch einer so schweren Erkrankung bei einer vorher völlig gesunden, blühenden Person. Auch der Mangel jeglicher Stigmata (ausser fehlendem Gaumenreflex) ist ungewöhnlich.

Brodmann.

44. *Lähr*, Eine Unfall-Psychose. Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Charité (Prof. Jolly). — Berl. klin. Wochenschr. 1896. Nr. 29.

Angesichts des durch Strümpell aufs Neue angeregten Streites über die Unfallkranken verdient die vorliegende Mittheilung die vollste Anerkennung. Sie weist auf die grosse Gefahr hin, die aus einer einseitigen Betonung objectiver Krankheitserscheinungen und der ungenügenden Berücksichtigung des psychischen Verhaltens der Kranken für die Diagnose entspringen kann und giebt an einer ausführlichen Krankengeschichte ein übersichtliches Bild über die Entwickelung krankhafter Vorstellungen, wie sie mit Nothwendigkeit einerseits „aus der mit dem Trauma selbst verbundenen psychischen Erschütterung“ und andererseits auch „aus der durch den Unfall veränderten socialen Lage und dem lange Zeit durchgeführten Kampfe um Erlangung einer Unfall-Rente“ hervorgehen muss.

Es handelt sich um einen 56 Jahre alten, nicht belasteten, mässigen, arbeitsfähigen Maurer, der im Anschluss an eine Contusion des Rückens und der r. Schulter mit oberflächlichen Hautverletzungen über dauernde Schmerzen der verletzten Theile und dadurch bedingte Arbeitsunfähigkeit klagte. Von dem einen Arzt für absolut arbeitsunfähig erklärt, von einem anderen zum „Simulanten schlimmster Sorte“ gestempelt, beginnt Patient nach Ablauf des gesetzlichen Unterstützungstermins einen Kampf um die Unfallrente bis zur höchsten Instanz und legt damit selbst den Grund zu einer schweren paranoischen Psychose, die in der Folgezeit bei ihm zur Ausbildung gelangte.

Durch ein vorzeitiges Senium in gewissem Sinne prädisponirt, acquirirt Patient im Anschluss an die relativ leichte Verletzung einen schweren hypochondrischen Depressionszustand, in dem der Widerspruch zwischen den intensiven subjectiven Beschwerden und dem Fehlen jeglicher objectiver Krankheitszeichen (abgesehen von einer belanglosen Gesichtsfeldeinengung) das hervorstechendste Merkmal ist und einen begutachtenden Arzt direct zur Annahme einer Simulation führte. Von der Genossenschaft mit seinen Rechtsansprüchen wiederholt abgewiesen, beginnt Patient gegen alle, die mit seinem Leiden zu thun haben, misstrauisch zu werden, er fängt an Beeinträchtigungsideen zu äussern, sieht überall Feinde, die ihn aus dem Wege räumen wollen und verfällt schliesslich in eine ausgeprägte paranoische Psychose mit systematisirtem Wahn.

Im Gegensatz zu den früheren Gutachten kommt nun Verf. auf Grund einer Analyse des psychischen Status zu dem Schlusse, dass Patient in Folge des Unfalls an einer schweren Hypochondrie erkrankt ist und dass sich hieraus allmählich ein immer mehr systematisirter Beeinträchtigungswahn entwickelt hat, dass derselbe also durch den Unfall in seiner Erwerbsfähigkeit erheblich beschränkt und demnach entschädigungsberechtigt ist. Leichte Beschäftigung hält aber Verf. im Interesse der Besserung des Zustandes bei derartigen Kranken für dringend angezeigt.

Brodmann.

45. *Blazicek*, Pseudotetanie, vorgetäuscht durch Hysterie. Wiener klin. Wochenschr. 1896 Nr. 19 pag. 373. —

Der vom Verf. veröffentlichte Fall bietet ein grosses differentialdiagnostisches Interesse. Ein 14jähriger gesunder Schüler erkrankt ganz plötzlich während des Unterrichts an einer krampfartigen, mehrere Stunden dauernden Contractur des r. Armes, verbunden mit heftigen Schmerzen. Im Verlaufe der folgenden Tage

kehren solche Krämpfe anfallsweise wieder, greifen aber auch auf die anderen Extremitäten über. Die Krämpfe befallen symmetrische Muskelgebiete, vorwiegend die Beugemuskulatur und lassen sich in typischer Weise durch Druck auf die Gefässnervenpackete der betreffenden Glieder auslösen. Mit Berücksichtigung des Umtandes, dass in Wien zur Zeit der Erkrankung dieses Knaben epidemische Tetanie vorhanden war, wurde auch hier die Diagnose auf Tetanie gestellt; erst die weitere Beobachtung gab den Anlass, diese Vermuthung fallen zu lassen, und zwar werden folgende differentialdiagnostische Momente für die Unterscheidung von der Tetanie massgebend:

Durch Druck auf das Gefässnervenpacket eines Armes resp. Beines wurde stets gleichzeitig auf beiden Seiten der Krampf ausgelöst;

die Anfälle setzten stets ganz rasch ohne Parästhesieen ein;

durch Lösung des Daumens aus der Faust都stellung wurde der Anfall sofort sistirt, was Patient selbst beobachtet und angegeben hatte;

es fehlte die mechanische Ueberregbarkeit der motorischen und sensibeln Nerven und

es fehlte vor Allem die galvanische Ueberregbarkeit der Nerven (Frankl-Hochwart), welche für Tetanie absolut pathognomonisch ist.

Dagegen zeigte Patient einige hysterische Stigmata (Globus, Kopfschmerz, Gesichtsfeldeinschränkung) und vor Allem eine pathologisch starke Suggestibilität; die Anfälle konnten auf dem Wege der Verbalsuggestion ausgelöst und unterdrückt, verlängert oder verkürzt werden, so dass schliesslich dauernde Heilung in einer einzigen electrischen Sitzung (intensiver Strom mit entsprechender Verbalsuggestion) erzielt wurde.

Verf. erwähnt noch, dass in manchen Fällen die Entscheidung nicht so leicht wird, da ausser der artificiellen Erzeugung der Anfälle durch Druck auf die entsprechenden Nervengebiete sich bei hysterischen Personen noch andere Symptome der Tetanie finden können, wie die mechanische Ueberregbarkeit der motorischen und sensibeln Nerven (Fälle von Schlesinger und Frankl-Hochwart), ferner das parästhetische Vorstadium. Stets aber fehlt bei Hysterie — dies ist das einzig constante Unterscheidungsmerkmal — die galvanische Ueberregbarkeit der Nerven.

Brodmann.

46. *Lehfeld*, Ueber einen Fall von traumatischer Hysterie. Demonstration in der Berl. med. Gesellschaft, 12. Februar 1896. Ref. der Berl. klin. Wochenschrift 1896 Nr. 8.

Der Fall verdiente durch seine Aetiologie erwähnt zu werden.

Eine Telephonistin erhält, als sie sich mit feuchten Händen am Umschalteapparat zu Schaffen macht, einen heftigen electrischen Schlag, der sie bewusstlos zu Boden streckt. Nach dem Unfall besteht eine complete rechtzeitige Hemiplegie mit leichter Betheiligung des unteren Facialis. Sensibilität der Haut r. völlig aufgehoben und zwar für alle Qualitäten mit Ausnahme der Wärmeempfindung, für die sogar fast überall eine ausgesprochene Hyprästhesie besteht. Tiefensensibilität ebenfalls aufgehoben. Starke Beeinträchtigung des Sehens, Hörens, Riechens und Schmeckens auf der r. Seite. Leichte psychische Erregtheit, Steigerung der Reflexe, Herabsetzung des Sehvermögens ($^1/_{10}$), Einengung des Gesichtsfeldes für roth und blau und centrales Scotom des r. Auges. — Besserung der motorischen Störungen in kurzer Zeit.

Brodmann.

47. *Nonne*, Hysterisches Oedem. Vereinsbeilage der Dt. med. W. 1896 pag. 13.

Vorstellung einer 42jährigen erblich belasteten Frau, welche von einer motorisch-sensibeln Monoplegie des r. Armes und einer hysterischen Aphonie durch mehrmalige hypnotische Suggestion völlig geheilt worden war. Nach einem Jahr Recidiv mit starkem prallem Oedem der r. Hand und des rechten Vorderarms, das einer hypnotischen Behandlung nicht weicht, aber durch faradische Pinselung gebessert wird.

Brodmann.

48. *Leuk*, Hysterische Paraparese der unteren Extremitäten. — Vereinsberichte der Dt. med. Wochenschr. 1896 pag. 78.

Im Anschluss an heftige mehrere Tage währende Zahnschmerzen entwickelte sich bei einem hereditär belasteten 11jährigen Knaben eine beiderseitige Schwäche der Beine mit Parästhesien. Daneben bestand Schwindelgefühl und Schlafsucht. Heilung in 3 Tagen nach Aufnahme in eine Anstalt durch Faradisation und warme Bäder.

Brodmann.

49. *Lilienfeld*, Ueber einen Fall von Hysterie. Berl. klin. Wochenschr. 1896 Nr. 51.

Verf. beschreibt an einer 47jährigen mit schweren hysterischen Stigmata behafteten Lehrerin das in Frankreich sehr häufige, in Deutschland noch nicht beobachtete Symptombild der „Diathèse de contracture". Die Contracturen entwickelten sich zunächt in der Wadenmusculatur, so dass die Füsse bei jedem Versuch zu gehen in Varoequinusstellung fixirt werden, griffen später auf den Rumpf über und haben seit einiger Zeit auch die Zungenmusculatur in Mitleidenschaft gezogen, woraus eine eigenartige articulatorische Sprachstörung entsteht, die sich unter Einfluss psychischer Erregung zu völligem, durch andauernden Contractionszustand der Zunge bedingten Mutismus entwickelt. Ausserdem zeigte Patientin eine beträchtliche Störung der Handschrift, die ebenfalls auf Hysterie zurückgeführt werden muss.

Die Contracturen der Musculatur können durch die verschiedensten Reize, besonders psychische (Schreck), jederzeit ausgelöst werden und sind auch durch psychische Therapie wieder zu beseitigen. Am leichtesten gelingt dies durch hypnotische Suggestion. Verf. betrachtet jedoch die Hypnose nicht als eine specifische Behandlungsmethode, vor Allem nicht als ein Heilmittel der Hysterie, sondern nur als ein vielen anderen ebenbürtiges symptomatisches Mittel.

Brodmann.

50. *Gumpertz*, Ueber die Beziehungen zwischen Diabetes mellitus und Hysterie. — Dt. med. Wochenschr. 1896 Nr. 49.

Nach einer ausführlichen Besprechung der nervösen Symptome bei Diabetes und einer erschöpfenden Literaturzusammenstellung über dieses Thema, beschreibt Verf. einen Fall von Coincidenz paroxysmaler Hysterie mit schwerem Diabetes.

Der Kranke, ein erblich wenig belasteter, luetisch nicht inficirter, in potu mässiger Marineoffizier, der bereits früher öfter nach Gemüthserregungen (z. B. leichten operativen Eingriffen infolge Analfisteln), an Bewusstseinsverlust und Zuckungen einzelner Glieder gelitten hat, erkrankt während einer Influenza im

Anschluss an den plötzlichen Tod seiner Tochter an Polydypsie und Glykosurie (6—8 °/₀ Zucker); daneben bestanden zahlreiche subjective Beschwerden: Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Müdigkeit, Vergesslichkeit. Vorübergehend Doppelsehen; zunehmende Verschlechterung des Befindens, starke Abmagerung.

Bei der Aufnahme des Status Zuckungen im Oberarm, spastischer Gang; durch Druck auf die Bulbi sind schlagende Bewegungen der Arme und Sprachlosigkeit auszulösen und es bleibt nachher kurze Zeit eine deutliche Lähmung des l. Armes und Beines mit mässiger Contractur bestehen. Psychische Depression, Weinkrämpfe, hyperästhetische und hyperalgetische Hautstellen neben anderen Sensibilitätsstörungen, lebhafte Reflexe, aber fehlender Cremasterreflex. Concentrische Einengung beider Gesichtsfelder für Weiss, Linkseitige Amblyopie und Aufhebung der craniotymponalen Schallleitung.

Verf. bezeichnet den Diabetes als einen neurogenen, dessen Entstehung in einem durch frühere Schädigungen geschwächten Organismus durch einen psychischen Shok hinreichend erklärt sei. Die Sensibilitätsstörungen, besonders eine symmetrische Beeinträchtigung der Wärmeempfindung an den Beinen sieht Verf. als ein diabetisches Nervensymptom an; das Doppelsehen könnte sowohl die Folge eines hysterischen Accommadationskrampfes wie einer diabetischen Augenmuscellähmung sein. Brodmann.

51. *Heyse*, Zwei Fälle von hysterischem Tremor. Gesellschaft der Charité-Aerzte. Berl. klin. Wochenschr., 1896, pag. 52.

Fall 1. Ein 22jähriger, nicht prädisponirter Grenadier bekommt bei forcirten Exercirübungen einen Anfall von Bewusstlosigkeit (hysterischer Anfall), während dessen Zittern im r. Arm auftritt. Der Tremor, anfänglich nur aus feinen Finger- und Handbewegungen bestehend, breitet sich später auch auf die Schultermusculatur aus, wird grobschlägiger und setzt sich zusammen aus regelmässigen klonischen Zuckungen im r. M. Infraspinatus, Cucularis und Deltoideus, neben Pro- und Supinationsbewegungen des Vorderarms und Extensionen und Flexionen der Hand. Steigerung der Zuckungen bei Intention und psychischen Erregungen, Sistirung im Schlaf. Hypnose, die auf einfachen Schlafbefehl eintritt, ist erfolglos.

Als hysterische Stigmata sind aufzufassen die allgemeine Herabsetzung der tactilen Sensibilität am ganzen Körper und die partielle Analgesie.

Fall 2. Nach einem Hitzschlag mit schweren Allgemeinerscheinungen blieben bei einem Soldaten kurze Zeit clonische Krämpfe beider Arme bestehen, die sich spontan verloren. Erst nach einem freien Intervall von ca. 8 Tagen stellten sich von Neuem Zuckungen ein, diesmal nur im linken Arm. Dieselben werden hervorgerufen durch clonische blitzartige Contractionen des M. pectoralis major; bei psychischen Erregungen werden in geringerem Grade auch der omohyoideus, cucularis, biceps und triceps brachii von tremorartigen Bewegungen befallen. Diese Clonismen bestehen jetzt $1\frac{1}{2}$ Jahre und haben bereits zu sichtbarer Hypertrophie der hauptsächlich befallenen Muskeln geführt. Das Einschlafen wird durch dieselben sehr erschwert; im Schlaf sistiren sie aber.

An sonstigen nervösen Erscheinungen sind vorhanden: Druckpunkte (ohne Einfluss auf die Krämpfe), heftige spontane Schmerzen in der Halswirbelsäule, gesteigerte Schmerzempfindlichkeit für faradische Ströme, Cyanose, Hyperhidrosis und Kühle der l. Hand, Schlaflosigkeit und psychische Depression.

Die Pathogenese des Tremors ist in letzterem Falle von allgemeinerem Interesse, da das Krankheitsbild ganz der Entstehung hysterischer Lähmungen oder Krämpfe durch Nachahmung ähnelt. Der Kranke copirte während des freien Intervalles die in Folge des Hitzschlagsanfalles aus anderen Gründen aufgetretenen Zitterbewegungen; die Vorstellung des Zitterns wirkte auf das seelisch alterirte Individuum so ein, dass allmählich ein dauernder Zustand daraus entstand.

H. bezeichnet die Prognose bei hysterischem Tremor als eine wenig günstige, da der Einfluss der Hypnose und Suggestion, selbst wenn zunächst ein Erfolg erzielt werde, nicht von langer Dauer sei. Ref. ist gegentheiliger Ansicht. In der Literatur finden sich zahlreiche Publicationen dauernder Heilung auch traumatisch entstandener hysterischer Tremorformen, so dass in keinem Falle a priori die Möglichkeit einer restitutio ad integrum ausgeschlossen werden darf. Ref. selbst hat einen Fall, bei dem neben Tremor Erscheinungen einer schweren allgemeinen hysterischen Neurose bestanden, durch Hypnose dauernd geheilt. Allerdings muss man sich darauf gefasst machen, dass die Behandlung eventuell Wochen und Monate in Anpruch nehmen kann und niemals soll man die Hypnosen sofort ganz aussetzen, wenn ein oder auch mehrere Tage die krankhaften Erscheinungen verschwunden waren. Renterghem hat in dieser Beziehung ganz neuerdings (Ztschr. f. Hypn., Bd. VI, Heft 5) einige interessante Mittheilungen gemacht, die die Beachtung aller Derjenigen verdienen, welche die Hypnose therapeutisch verwenden wollen.

Brodmann.

52. *Jolly*, Ueber Tremor bei traumatischer Hysterie. Krankenvorstellung in der Gesellschaft der Charité-Aerzte 18. VI. 1896. Berl. kl. W., 1896, Nr. 52, pag. 1157 ff.

J. demonstrirt zwei Fälle, die besonders ihrer Aetiologie, aber auch einiger anderer Umstände wegen erwähnenswerth sind.

Fall 1. Patientin, ein 16jähriges Mädchen, stiess sich bei der Arbeit zwei Nähnadeln in die r. Hand. Gelegentlich eines Extractionsversuches stellte sich Schütteln am ganzen Arm ein, das jetzt auch nach der operativen Entfernung der Fremdkörper mit Hülfe der Röntgenphotographie und nach Heilung der Operationswunde zwei Jahre unverändert fortbesteht. Der Tremor steht stark unter dem Einfluss von Emotionszuständen; im Schlaf verschwindet er; auch sonst kommen gelegentlich Intensitätsschwankungen vor. Bemerkenswerth ist, dass nach Fixation des Armes durch einen festen Verband zur Unterdrückung des Schüttelns Stimmlosigkeit eintrat. Stigmata hysteriae bestehen nicht.

Fall 2 bietet einige besonders interessante Eigenthümlichkeiten des Verlaufs. Der Kranke ist ein Beispiel jenes Typus von Menschen, die Charcot als sog. „Juifs errants neuropathiques“ bezeichnet hat.

Bei dem jetzt 54 Jahre alten Patienten (Violinvirtuosen) enstand vor 14 Jahren (1882) im Anschluss an einen Blitzschlag, der seine linke Körperhälfte traf, eine schwere Keraunoneurose, bestehend in linksseitiger Hemiplegie und Anfällen von hystero-epileptischem Character; zuweilen kam es auch zu tobsuchtsähnlichen Anfällen; es entwickelte sich rasch eine auffallende Characterveränderung (Reizbarkeit und Empfindlichkeit) und ein eigenthümlicher Gedächtnissverlust (Vergessen aller fremden Sprachen: französisch, englisch und italienisch, die er früher perfect sprechen konnte).

Eine mehrjährige Behandlung in Wien war ohne Erfolg, bis plötzlich, nach zweimaliger Application von points de feu auf die l. Körperseite, völlige Heilung eintrat, die einige Jahre anhielt.

Beim Anblick einer Feuersbrunst (1889) mit starker gemüthlicher Aufregung recidivirten alle früheren Erscheinungen. Behandlung durch Charcot; Anfälle, hysterische Hemiplegia sinistra mit Anästhesie. Besserung und erneuter Rückfall 1892, als Patient anlässlich eines Aufenthaltes in Hamburg eine Tochter an Cholera verlor. Zu den früheren hysterischen Symptomen kam damals ein weiteres Accidens, ein noch heute theilweise bestehender Schütteltremor hinzu.

Wiederum fast völlige Heilung durch Anwendung von Influenzelectricität (Charcot) und nochmals Rückfall (1893) nach einem Schreck. Seither anhaltend Lähmung der l. Körperhälfte und Zittern mit leichten Remissionen und Exacerbationen.

Patient zeigt einen eigenartigen, breitspurigen, nicht hemiplegischen Gang, der l. Fuss wird stampfend aufgesetzt. Parese des l. Armes und tonische Contractionen sämmtlicher Muskeln (Contracturstellung der Hand, Krallenstellung der Finger), welche bei Ablenkung der Aufmerksamkeit oft bedeutend nachlassen. Gelegentlich wird der l. Arm in ganz normaler Weise zu Gesticulationen verwendet. Complete sensible und sensorische Anästhesie der linken Seite.

Tremor der r. Hand von schnellerem Character der Excursionen. Derselbe dauert bei allen Bewegungen der Extremitäten an, wird durch Emotionen gesteigert, lässt sich durch Willensanstrengung vorübergehend etwas mildern, führt aber, sobald man eine passive Ruhigstellung der Hand versucht, zu Tremor des r. Beines.

Facialislähmung, welche früher diagnosticirt worden sein soll, besteht nicht sondern es handelt sich, wie der sog. „Pustversuch“ ergiebt, um einen hysterischen Facialiskrampf geringen Grades.

Eine andere krankhafte Anomalie besteht darin, dass der Patient zeitweise mit einem Ruck den Kopf nach rückwärts wirft und schnaubende Bewegungen vornimmt. Eine Erklärung dieses Phänomens wird nicht gegeben.

Die an die Demonstration des Kranken sich anschliessende Discussion förderte eine Reihe interessanter Einzelheiten zu Tage. Zunächst berichtete Goldscheider über einen Fall, der eine Entladung des electrischen Stromes von sehr hoher Spannung auf die l. Kopfseite bekam und darauf eine länger dauernde Herabsetzung der Sensibilität und halbseitige Muskelschwäche auf der vom Strom getroffenen Seite darbot. G. will alle die traumatisch entstandenen Störungen nicht als hysterische bezeichnet wissen, sondern er glaubt sie ohne Zuhülfenahme der Psyche rein physikalisch erklären zu können. Er meint, dass, wenn die sensibeln Nerven der Haut durch einen Reiz von aussergewöhnlicher Intensität (Blitz, electrische Entladung etc.) getroffen werde, sich auf der gegenüberliegenden Gehirnhälfte ein ebensolcher Reiz entwickeln müsse, welche dann nach dem Gesetze der Irradiation sich auf die gesammten Sensibilitäts- und Motilitätscentren der betreffenden Hemisphäre verbreiten wird und deprimirend und hemmend auf die dort localisirten Functionen wirken kann.

Oppenheim vertritt den gleichen Standpunkt und betont, dass er die gleiche Theorie schon früher für das Verständniss gewisser Hirnsymptome traumatischen Ursprungs herangezogen und in Gegensatz zu der suggestiven Theorie Charcot's gestellt habe. Er habe wiederholt Fälle gesehen, wo direct nach der

Verletzung die Lähmungserscheinungen und Gefühlsstörungen vorhanden waren, was eben auf eine durch das periphere Trauma bedingte örtliche Erschütterung und Functionshemmung im Centrum hinweise.

Jolly dagegen betrachtet als die Hauptsache den psychischen Shok; allerdings bestehen zumeist leichte periphere Läsionen, aber diese werden erst autosuggestiv zu hysterischen Dauersymptomen verarbeitet. Gerade der Fall Goldscheider's spreche gegen dessen Theorie. Der Kranke hatte gar keine Läsion der l. Körperseite und war doch gelähmt, man muss also hier eine psychische Entstehung der Lähmung durch Vermittlung von Vorstellungen annehmen in der Weise, „dass der Kranke sich denkt, diese Seite (der Kopf) ist krank, also sind auch die Extremitäten derselben beeinflusst".

Der letztere Einwand Jolly's scheint, nach der Ansicht des Ref., in der That die physikalische Theorie Goldscheider's sehr zu entkräften.

Brodmann.

53. *Fürstner*, Ueber pseudospastische Parese mit Tremor. Neurolog. Centralblatt, 1896, Nr. 75, pag. 674.

Verf. schildert unter neuem Namen einen bisher noch nicht beschriebenen rein functionell bedingten Symptomencomplex, der grosse Aehnlichkeit mit organischen Störungen aufweist und in der Hauptsache in einer hochgradigen Neigung der befallenen Extremitäten zu Contractur, verbunden mit motorischer Schwäche und Tremor, besteht. Seine Beobachtungen erstrecken sich auf 2 Fälle.

Fall 1. Im Anschluss an einen Sturz von unbeträchtlicher Höhe ohne sichtbare Verletzung und ohne Bewusstseinsverlust tritt bei einem 54 J. alten, früher gesunden, nicht nervös belasteten kräftigen Mann eine momentane Lähmung aller vier Extremitäten ein, zu der sich später Zittern der Glieder und zeitweise Schmerzen im Rücken gesellten. Spontaner Rückgang der Parese und des Tremors links nach zwei Wochen; r. nur mässige Besserung in vier Wochen.

Status. Depressive Stimmung, Gang von spastisch-hemiplegischem Character, steifes Knie- und Hüftgelenk, Aussenrotation des Fusses, aber keine Peroneusschwäche, keine Circumduction, kein Hahnentritt, sondern einfaches Nachschleppen des Fusses); leichte Flexion im Knie. R. Arm adducirt, im Ellenbogen flectirt, r. Hand in Geburtshelferstellung. Starker spastischer Tonus der Musculatur im r. Bein und r. Arm, der activ nicht sofort zu überwinden ist, bei abgelenkter Aufmerksamkeit und plötzlicher passiver Einwirkung oft momentan weicht. Steigerung der Muskelspannungen, mit ausgesprochenem den ganzen Körper befallendem Schütteltremor bei willkürlichen und passiven Bewegungen, bei Erregung und Aengstlichkeit, Verminderung und Unterdrückung des Tonus und des Zitterns durch psychische Einflüsse und zwar sowohl durch barschen Befehl wie durch suggestiv geweckte Vorstellungen seitens des Kranken selbst. Pat. vermag z. B. im Sitzen das in starrem Muskelspasmus gestreckte Bein im Knie willkürlich nicht zu flectiren, wohl aber gelingt dies, wenn man ihm die Suggestion giebt, dass er mit Zuhülfenahme des l. Beines die Bewegung ausführen könne. An anderen Symptomen war vorhanden: Steigerung der Patellarreflexe, bei Dorsalflexion des Fusses r. Clonus von atypischem Verhalten, meist mit allgemeinem Schütteltremor gepaart; keine Atrophie oder fibrilläre Zuckungen, keine Sensibilitätsstörungen. Leichtes Zittern der Zunge, leichte Verengerung der r. Pupille bei normaler Reaction.

Fall 2. Nach Unfall mit Contusion von Brust und Bauch analoger Symptomcomplex wie in Fall 1 bei einem 48jährigen kräftigen Zimmermann. Muskelspannungen im r. Arm und Bein mit reliefartiger Abhebung der Contouren, die sich bei gewollten Bewegungen steigern zu starkem, zunehmendem Zittern führen, bei passiven Bewegungen aber oft sofort völlig cessiren. Tremor der Zunge. Pupillen, Blase, Mastdarm, Sensibilität normal.

Auslösung des Patellarreflexes erzeugt clonische Zuckungen und Schütteltremor; kein echter Dorsalclonus zu erzielen. Sonstige subjective Beschwerden in grosser Anzahl, suggestiv zu beeinflussen: dauernde Schmerzen in Brust und Rücken. Schwindel, Kopfdruck, Schlaflosigkeit, Brechreiz nach den Mahlzeiten.

Wir finden also in beiden Fällen nach einem Trauma motorische Störungen, vorwiegend der unteren Extremitäten, unter denen Spasmus der Muskeln und Zittern prävalirten, während die Schwäche weniger ausgeprägt war. Die Muskelspannungen sind andauernd, aber psychisch ebenso wie das Zittern in jeder Weise zu beeinflussen; daneben bestehen Symptome einer allgemeinen functionellen (traumatischen) Neurose. Theilweise findet ein rascher spontaner Rückgang der Parese wie des Muskeltonus (Fall 1 auf der l. Körperseite) statt, so dass wohl die Diagnose auf functionelle Störungen berechtigt erscheint. Brodmann.

54. *Nonne*, Ueber pseudospastische Parese mit Tremor nach Trauma. Neurol. Centralbl., 1896, pag. 914 u. 977.

Zur Bestätigung der Anschauungen Fürstner's veröffentlicht N. sieben ganz analoge Fälle nach Trauma entstandener functioneller Neurosen, welche unter dem Krankheitsbilde der pseudospastischen Parese mit Tremor verliefen und sich oft mit anderen functionellen Symptomen combinirten. Die einzelnen Fälle können nur ganz kurz skizzirt werden.

Fall 1. Nach einem Trauma mit Rippenfractur und kurzer Ohnmacht entwickelte sich zunächst völlige Unfähigkeit zu Stehen und zu Gehen; nach 6 Wochen Besserung, aber dauernde Steifigkeit und Mattigkeit in den Beinen, Zittern im ganzen Körper, besonders in den Extremitäten; Steigerung der Beschwerden bei intendirten Bewegungen; dabei unwillkürliche Contractionen zahlreicher Muskeln, die activ gar nicht, passiv nur schwer zu überwinden sind. Andeutungen von Patellarclonus und Achillesclonus, dabei allgemeiner Schüttelkrampf, nystagmusartige Zuckungen; motorische Schwäche aller vier Extremitäten, Alteration des Schmerzsinnes (fleckweise Hypalgesien), erst nach langer Zeit und allmählich verschwindend bei gleichbleibenden motorischen Störungen. Concentrische Einengung des Gesichtsfeldes beiderseits.

Fall 2. Etwa 6 Wochen nach einem Sturz, an den sich dauernder Kopfschmerz und häufige Uebelkeiten mit Brechneigung anschlossen, bilden sich Gehstörungen aus. Die Untersuchung ergiebt neben allmählich sich entwickelnden reichlichen Stigmata der „grande hystérie“ fast völlige Anästhesie der ganzen Körperoberfläche — einschliesslich der Schleimhäute —, linksseitige sensorielle Störungen, Kopfschmerzen, leichte Ermüdbarkeit und Mattigkeit bei den geringsten Arbeiten, häufiger Brechreiz etc. Herabsetzung der motorischen Kraft in den oberen und unteren Extremitäten verbunden mit Rigor in den Muskeln, der bei intendirten Bewegungen sich steigert und passiven Bewegungen energischen Widerstand entgegensetzt.

Nach 7 Monaten Verschlimmerung der motorischen Störungen; fortwährende zitternde Muskelcontractionen schon in der Ruhe; beim Gehen ständige Muskelunruhe, einzelne Muskeln hochgradig contracturirt; Anstrengungen lösen im ganzen Körper ein allgemeines Zittern und Wackeln aus.

Erwähnenswerth ist es noch, dass die Störungen auch nach Erledigung des Rentenkampfes zu Gunsten des Patienten in unveränderter Stärke viele Jahre weiter bestanden.

Fall 3 zeichnet sich besonders durch einen progredienten Verlauf der Motilitätsstörungen aus, die im Uebrigen wesentlich die gleichen Eigenthümlichkeiten aufweisen wie die vorigen Fälle. Ausserdem bestanden hier noch andere nervöse Symptome und zwar anfallsweise Polyurie (4000—5000 ccm pro die) und Tachycardie, die sich manchmal fast bis zum Delirium cordis steigerte. Beim Gehen fällt besonders ein „Trampeln der convulsivisch zitternden Beine" auf; einzelne Muskeln sind bretthart angespannt, willkürlich nicht zu erschlaffen, Tonus manchmal von selbst verschwindend.

Fall 4. Ausser den spastisch motorischen Reizerscheinungen mit Tremor besteht, als Ausdruck einer functionellen Rückenmarkserkrankung, noch das Symptombild der Spinalirritation.

Fall 5. Ebenfalls nach Trauma mit psychischem Shok Entwickelung einer motorischen Schwäche der Beine, zu der sich bald ein immer ausgedehnterer Tremor und schliesslich spastische Zustände an den Muskeln aller Extremitäten gesellten. Schwankende Diagnose zwischen „spastischer Spinalparalyse", Hysterie und Simulation. Noch nach einem Jahre beim Stehen intensiver Schütteltremor und Erschwerung des Gehens in Folge der Muskelspasmen. Vorübergehend Tachycardie.

Fall 6. Pseudospastische Zustände und Tremor in der Musculatur der unteren Extremitäten ohne alle anderen Symptome nach localem Trauma; unveränderter Bestand seit 5 Jahren.

Fall 7. Bei einem 24jährigen erblich nicht belasteten, früher gesunden Mann entstehen nach localem Trauma localisirte Schmerzen und Sensibilitätsstörungen, hysterische Stimmbandlähmung, Schütteltremor der r. unteren Extremität mit Muskelcontractionen an derselben, die durch Willkürbewegungen gesteigert werden; eine pathologische Steigerung der Sehnenreflexe ist nicht vorhanden.

Verf. resumirt, dass er nach seinen Beobachtungen ebenfalls an der Existenz dieses eigenartigen „functionell bedingten" Krankheitsbildes festhalten müsse. Hereditäre Belastung oder andere disponirende Momente sind zur Entwickelung derselben nicht nöthig und wurden in allen vorerwähnten (9) Fällen auch nicht beobachtet; stets handelte es sich um kräftige, gesunde Männer, die im Anschluss an ein unverhältnissmässig leichtes, locales Trauma — „gleich oder wenige Tage nachher" — mit einem subjectiven Gefühl motorischer Schwäche in den unteren Extremitäten erkrankt, die sich, besonders nach Anstrengungen, mit Tremor verbindet. Der Tremor ist meist ein allgemeiner und zeigt grosse quantitative Unterschiede. Daneben besteht regelmässig „eine hochgradige Neigung der Muskeln, in Contractur zu gerathen", die in schweren Fällen zu dauernden Muskelspasmen mit Verlust der Willkürbewegung führen kann. Eigentliche Muskelparese besteht nicht, sondern nur eine „paretische Schwäche der Muskelinnervationsfähigkeit".

Die Sensibilität ist bei der Krankheit als solcher nicht betheiligt, auch das

Verhalten der Sehnenreflexe ist im Wesentlichen ein normales, die Psyche ist nicht mehr alterirt als es bei der Dauer dieser Krankheit, die eine recht langwierige ist und sich in manchen Fällen unverändert über viele Jahre hinzieht, zu erwarten ist. Kurz — so führt Verf. aus — „der geschilderte motorische Symptomcomplex kann ganz isolirt, ohne Begleitung von Seiten der sensibel-sensorischen Sphäre und ohne eine Complication mit den Symptomen einer „allgemeinen Neurose“ in die Erscheinung treten.“

Es verdient noch erwähnt zu werden, dass alle Kranken vorübergehend von einzelnen Untersuchern der Simulation verdächtigt wurden, dass aber die Krankheitssymptome auch dann, wenn für den Patienten absolut kein Vortheil mehr zu erwarten war, d. h. nach definitiver Erledigung der Rentenfrage, in ganz gleicher Weise Jahre lang weiter bestanden. Brodmann.

55. *Lähr*, Demonstration eines Kranken in der Gesellschaft der Charité-Aerzte 17. VI. 1897. Berl. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 51.

L. hat einen Fall zur Begutachtung erhalten, der in typischer Weise das von Fürstner und Nonne als besonders characteristisch beschriebene Krankheitsbild der „pseudospastischen Parese mit Tremor“ aufweist, Verf. kommt jedoch zu dem Schlusse, dass diese Symptome von dem betreffenden Kranken völlig simulirt seien. Nach einer leichten Rippenverletzung bot derselbe eine Schüttellähmung der rechten oberen und unteren Extremität dar, die den Verletzten arbeitsunfähig machte und einen Rentenkampf bis zum Reichsversicherungsamt im Gefolge hatte. Auf Grund des ärztlichen Gutachtens wird natürlich jede Unfallentschädigung abgelehnt werden und es ist nur zu hoffen, dass dieser Entscheid für den Kranken wie für den Arzt ohne weitere Consequenzen bleiben wird. Jedenfalls kann man nach den Erfahrungen von Nonne bei diesem Krankheitsbild bezüglich der Diagnose Simulation nur zur Vorsicht mahnen. Brodmann.

56. *Hoffmann*, Ein Fall von Paramyoclonus multiplex auf hysterischer Basis. Krankenvorstellung.

Bei einem 16jährigen Mädchen, das bereits früher einmal nach einem Schreck vorübergehend Zuckungen der Arme gezeigt hatte, entwickelten sich 4 Jahre später, im Anschluss an einen schreckhaften Traum, an beiden Armen ähnliche Zuckungen. Man sieht alle 7—10 Secunden eine blitzartige Supinations-, selten Pronationsbewegung in symmetrischer Weise an beiden Armen verlaufen, zuweilen verbunden mit rhythmischen Extensionen der Finger; objectiv verhalten sich Muskeln und Nerven völlig normal. Heilung durch Electricität. Von besonderem Interesse ist in diesem Falle der Nachweis einer pathogenen Wirkung des Traumes.
Brodmann.

57. *Weil*, Ueber zwei Fälle von hysterisch traumatischem Tremor. Inaugural-Diss. Erlangen.

Die beiden Fälle bieten nichts Besonderes. Beide Male entwickelte sich bei kräftigen Männern an dem durch ein Trauma vorwiegend betroffenen Arme eine dauernde Schmerzhaftigkeit und ein durch die Aufmerksamkeit in hohem Maasse zu beeinflussender hartnäckiger Tremor, der während des Schlafes sistirte. Hereditäre neuropathische Verhältnisse werden nicht erwähnt; trotzdem spricht Verf.

stets von einer vererbten hysterischen Disposition, welche man zur Erklärung herbeiziehen müsse. Merkwürdig ist an dem einen Fall nur die fortschreitende Ausbreitung der Anästhesie auf den Rumpf.

Therapeutisch empfiehlt Verf. psychische Beeinflussung. Brodmann.

58. *Jolly*, Ueber Unfallverletzung und Muskelatrophie nebst Bemerkungen über die Unfallgesetzgebung. Berl. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 12, pag. 241 ff.

Im Anschluss an die Demonstration eines Kranken, der eine recht seltene Complication organischer, durch schweres Trauma bedingter und rein functioneller (hysterischer) Störungen darbietet, kommt Verf. auf einige wichtige Fragen der Unfallgesetzgebung zu sprechen. Er anerkennt einerseits die grossen Segnungen derselben, weist aber andererseits darauf hin, dass die Art der gesetzlichen Bestimmungen geradezu als ein Fluch vieler Versicherten sich erwiesen habe. Die traumatischen Neurosen bestehen in vollem Umfange zu Recht, nicht aber in dem Sinne selbständiger klinischer Krankheitsformen, sondern nur als ätiologisch abgrenzbare hysterische Neurosen resp. Psychosen und in letzterem Sinne werden sie vielfach durch die Versicherungsgesetze gesteigert oder erst hervorgerufen. Es sei nicht mehr zu verkennen, dass durch die Entschädigungsansprüche die Hartnäckigkeit, Verbitterung und Uebertreibungssucht bei den Verletzten befördert werde; aber um Simulation, d. h. um bewusste Vortäuschung einer nicht vorhandenen Krankheit handele es sich nicht, wenn jemand unter dem Banne der Vorstellung, kränker zu sein, als man ihm glauben will, vorhandene Beschwerden übertreibt und in oft bizarrer Weise zur Darstellung bringt; diese Neigung werde erst durch äussere Umstände, d. h. durch die verschiedenen Momente in dem Kampf um die Unfallrente erweckt. Als ein besonders ungünstiger Einfluss sei es zu betrachten, „dass nur eine dem Grade der Arbeitsunfähigkeit entsprechende und mit der Veränderung dieses Grades wechselnde Rente“ gewährt werde, da der Kranke durch die beständige Selbstbeobachtung, durch das Bewusstsein controlirt, durch die Gefahr von Missgünstigen denuncirt zu werden und dann seiner Rente verlustig zu gehen, durch die endlosen ärztlichen und schiedsrichterlichen Urtheile nur in seinem Krankheitsgefühl bestärkt und vom Wiederbeginn der Arbeit abgehalten werden. Verf. plaidirt deshalb für eine vollständige Aenderung in dem Verfahren der Unfallversicherung und zwar sowohl was die Art der Begutachtung betrifft, als auch hinsichtlich der Form der Entschädigung. An Stelle der fortlaufenden Rente hat, nach dem Vorschlage des Verf., eine einmalige befriedigende Kapitalabfindung auch bei grösseren Beträgen zu treten; dabei sei, selbst auf die Gefahr, dass manchmal eine Entschädigung zu hoch bemessen werde, noch unzweifelhaft ein wirthschaftlicher Vortheil für die Versicherungskassen zu erwarten. Ausserdem müsse aber das ärztliche Gutachten durch eine nach genau formulirtem Schema sich richtende Erhebung über den Vorgang des Unfalls, sowie durch eine eingehende Untersuchung der Unfallverletzten über frühere krankhafte Veränderungen und Beschwerden ergänzt werden, da es nur so möglich sei, eine vorhandene neuropathische Disposition richtig zu würdigen und schon vor dem Unfall bestehende latente Krankheiten zu erkennen.

Es ist nur zu wünschen, dass die vom Verf. vorgeschlagenen Veränderungen der Unfallgesetzgebung in dem angedeuteten Sinne segensreich wirken möchten;

dies ist jedoch nach Ansicht des Ref. nur dann zu erwarten, wenn nicht pecuniäre Motive die ausschlaggebende Rolle bei derselben spielen werden.

Brodmann.

59. *Eulenburg*, Eine seltene Form localisirten clonischen Krampfes. Simulation, Unfallneurose oder hysterische Schreckneurose? Deut. med. Wochenschr. 1897, Nr. 1, pag. 10.

Patient, ein kräftiger 21jähriger Mensch hat bei einem Betriebsunfall eine Fractur beider Knochen des l. Unterschenkels erlitten, welche sehr mangelhaft (hypertrophische Callusbildung) und sehr langsam heilte und dauernde Schmerzen hinterliess, so dass eine bedeutende Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit eintrat. Von der Berufsgenossenschaft in einer „Heimstätte für Verletzte“ untergebracht, und hier durchaus nicht gebessert, gerieth der Kranke in Folge der beständig übertriebenen moralischen Anforderungen an seine Leistungsfähigkeit in einen hochgradigen sensitiven Reizzustand hinein und eines Morgens nach einer ausgedehnten Untersuchung, wobei seine schmerzhaften Stellen mit dem Percussionshammer derart beklopft wurden, dass er „am ganzen Körper vor Schreck zusammengefahren sein soll“, setzte ein neues Symptom ein, das jetzt volle 5 Jahre, trotz der verschiedensten Behandlungsmethoden (auch Hypnose), unverändert besteht und seither ungezählte Male der Gegenstand der widersprechendsten ärztlichen Gutachten und wechselvoller schiedsgerichtlicher Entscheidungen gewesen ist.

Dieses Symptom besteht in rhythmischen, in ganz stereotyper Weise widerkehrenden clonischen Zuckungen des l. Armes. Eine einzelne Zuckung kommt regelmässig alle 2—3 Secunden, in allen Stellungen des Armes, bei Ablenkung der Aufmerksamkeit durch starke Faradisation wie bei Eigenthätigkeit des Kranken, ja sogar im Schlafe und dauert etwa 1 Secunde; sie besteht in einem Beuge- oder Adductionskrampf im Schultergelenk unter ausschliesslicher Betheiligung des den Oberarm adducirenden pectoralis major und der Clavicularportion des Deltoideus (d. h. der von den Rami thoracici anteriores versorgten Muskeln); nur selten namentlich bei Erregungen steigern sich die Zuckungen ihrer Intensität nach und greifen dann gelegentlich auch auf einzelne Serratus und Cucullarisbündel, sowie auf Kopf und r. Schulter über. Objectiv finden sich keine Störungen am Nervensystem ausser einer beträchtlichen Druckempfindlichkeit der ganzen l. Schulter und einer linksseitigen incompleten Hemianästhesie.

Es handelt sich nun um die Fragen, ob Simulation vorliegt und ob es sich um einen Folgezustand der Unfallverletzung handelt. Beide Fragen verneint der Verf. und er erklärt das eigenartige Symptombild für eine emotionelle Neurose oder Sckreckneurose d. h. er reiht dasselbe den hysterischen Erkrankungsformen an. Der psychische Mechanismus der Hysterie ist zwar nicht so durchsichtig wie in vielen anderen Fällen, aber wir können uns, so meint Verf., wohl vorstellen, „dass eine unter dem Einfluss des einwirkenden Affectes, der Angst und Gemüthserschütterung ausgelöste Einzelbewegung, möglicherweise mit dem Auffahren bei der brüsken Beklopfung zusammenhängend, in der centralen Abgabestation (dem psychomotorischen Auslösungsorgan) mit so beträchtlicher Ladungs- und Entladungsgrösse ... vor sich ging, dass sie lange fortschwingende Nachwirkungen hinterliess, die in der rhythmisch automatischen Wiederkehr des betreffenden Bewegungsactes, in seinem Auftreten als vom Willenseinfluss unabhängige, krampfhafte Muskel-

innervation zum Ausdruck gelangte." Direct ist also dieser Krampf, nach Ansicht des Verf., nicht durch den Unfall verursacht und demnach hat auch die Genossenschaft keine Entschädigungspflicht. Brodmann.

Referate und Besprechungen.

Heinrich Sachs, Die Entstehung der Raumvorstellung aus Sinnesempfindungen. Habilitationsschrift (42 S.). Breslau 1897. Schletter'sche Buchhandlung.

Nachdem der Verfasser die bisherigen Theorieen über die Raumvorstellungen kurz angeführt hat, giebt er zunächst eine ausführliche allgemeine Darstellung der Art der Sinnesempfindungen beim Menschen. Er unterscheidet zwei Gruppen von Sinneswahrnehmungen, — die einfachen: Geruch und Geschmack, sowie Temperatur- und Gemeingefühle (die hier nicht näher besprochen werden) und die zusammengesetzten: Gehör, Gesicht und Getast, deren Entstehung er der Reihe nach des Längeren theoretisch erörtert und durch eine grössere Anzahl Beispiele erläutert. Alsdann kommt Verf. auf sein eigentliches Thema zu sprechen und sucht zuerst die Frage nach dem Zustandekommen der Gesichtswahrnehmungen zu beantworten, woran sich diejenige nach der Erzeugung der übrigen Sinnesempfindungen anschliesst.

Die Gesichtswahrnehmungen bestehen nach Sachs in dem „Sehen" einer Lichtempfindung und in dem „Sehen" der Form eines Gegenstandes. Jede Form hat eine Flächen- und eine Tiefen-Ausdehnung. Um die Flächen-Ausdehnung wahrzunehmen, bedürfen wir nur eines Auges, bei der Tiefen-Vorstellung dagegen müssen wir mit beiden Augen operiren. Die Flächenwahrnehmung resultirt aus einer Summe von Linien, den „Richtungslinien" und diese entstehen aus der Vereinigung von Punkten. Die Perception dieser räumlich bestimmten Punkte ist eine Doppel-Empfindung, nämlich erstens eine rein optische und zweitens die Wahrnehmung der activen Thätigkeit eines subcorticalen nervösen Mechanismus.

Die Empfindung der Richtungslinien oder kurz die Richtungsempfindung ist also die Elementar-Empfindung der optischen Raumwahrnehmung, und die optische Raumvorstellung der Flächen ist die associirte Summe aller Richtungsempfindungen, wobei die absolute Grösse der betr. Netzhautbilder belanglos ist.

Für die Tiefen- oder räumliche Vorstellung der Flächen sind, wie erwähnt, zwei Netzhautbilder erforderlich, wobei aber betont werden muss, dass dieselben, um den Eindruck der dritten Dimension hervorzurufen, nicht identisch sein dürfen, sondern von einander differiren müssen. Diejenige Tiefenempfindung, welche nur

vermittelst eines Auges zuweilen stattfindet, ist nach Sachs nur mittelbar entstanden, also nur scheinbar vorhanden und hier nicht weiter zu berücksichtigen. Die Tiefenempfindung beruht ebenso wie die Flächenempfindung auf einem Innervationsvorgang aus dem subcorticalen Centrum an das Grosshirn und zwar in jeder Hemisphäre desselben.

Auch bei dem Tastsinn kommen Richtungsempfindungen zu unserem Bewusstsein, die sich bei normalen, d. h. sehenden Menschen mit denjenigen des Gesichtssinnes combiniren, jedoch unabhängig vom Gesichtssinn sind (wie das Beispiel von Blindgeborenen zeigt). Diese Richtungsempfindungen beruhen aber auf Bewegungsprocessen in der Cervical-Anschwellung des Rückenmarks. „Die Richtungsempfindungen entstehen durch eine Thätigkeit unseres eigenen Körpers"; weil nun aber die Raumvorstellungen auf diesen basiren, also ganz wie diese vollkommen unabhängig von etwaigen Einflüssen der Aussenwelt sind, so erscheinen uns die Gesetze des Raumes als „a priori" gegebene, eines Beweises nicht bedürfende Grundsätze oder Axiome.

Für unsere Intelligenz kommen überhaupt nicht etwa die einzelnen Sinnesempfindungen in Betracht, sondern das Verhältniss derselben zu einander. Die kurz als Verhältniss-Empfindungen bezeichneten haben ihren Sitz an bestimmten Stellen der Grosshirnrinde, welche aber von den Feldern für die einfachen Sinnesorgane räumlich getrennt sein müssen, was daraus hervorgeht, dass eine Störung in den Centren der einfachen Sinnesempfindungen unsere Intelligenz nicht merklich beeinträchtigt.

Obgleich die vorliegende Abhandlung in ihren Einzelheiten gut ausgedacht ist, so möchte Referent doch bei aller Anerkennung nicht zu bemerken unterlassen, dass er dem Verf. in Bezug auf einzelne Punkte wohl kaum beistimmen kann. Sie hier näher anzugeben und zu begründen, würde den Zweck eines Referates überschreiten. Nur möchte Ref. am Schlusse noch bemerken, dass er den von dem Verf. in der Einleitung seiner Schrift in Aussicht gestellten „neuen Gesichtspunkt für die Entstehung der Raumwahrnehmung etc." in seiner Arbeit nicht hatte finden können. Eine wirkliche Erklärung des angezeigten Themas findet er bei Sachs ebenso wenig wie bei früheren Forschern. An Stelle der alten „Merkzeichen" sind nur die neuen „Richtungsempfindungen" gesetzt. Vielleicht jedoch giebt diese Arbeit Anderen Veranlassung, über eine empirische Erklärung dieses äusserst schwierigen Problems nachzudenken und den Causal-Zusammenhang zwischen den Retinal-Radien und den betr. Empfindungen zu ergründen, wodurch zugleich auch auf andere dunkele Stellen ein neues Licht fallen würde.

Lautenbach-Berlin.

Alfred Lehmann, Aberglaube und Zauberei. Deutsch von Dr. Petersen. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1898. Lieferung 1, 96 S.

In der Einleitung dieses Werkes macht der Verf. zunächst darauf aufmerksam, dass dasselbe im Gegensatz zu anderen Abhandlungen nicht die richtigen Erfahrungen, die im Laufe der Zeit für die Wissenschaften (Chemie, Physik, Astronomie etc.) gesammelt worden sind, behandeln, sondern eine „Geschichte der allgemeinen menschlichen Irrthümer" sein soll, welche die Entwickelung der Wissenschaften von ihren ersten Anfängen nur von der culturhistorischen Seite betrachtet.

Darauf kommt der Verf. auf den am meisten verbreiteten und daher wichtigsten Irrthum, auf den Aberglauben zu sprechen, als eine Anschauung, die weder mit einer bestimmten Religion, noch mit dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntniss übereinstimmt. — Ein directer Ausfluss des Aberglaubens ist die Magie oder Zauberei. Um die physischen und psychischen Phänomene dieser Erscheinung vollkommen zu ergründen, geht der Verf. in seinen Untersuchungen mit Recht bis auf ihren Ursprung zurück, indem er Aberglauben und Zauberei bei den wilden Völkern der Gegenwart als in ihrer einfachsten und primitivsten Form betrachtet. Daran schliesst sich ein Ueberblick über die religiösen und magischen Vorstellungen der wichtigsten Völker des Alterthums, wobei Verf. in chronologischer Folge mit dem ältesten Volk, von dem uns geschichtliche Nachrichten vorliegen, beginnt — nämlich mit den Chaldäern. Von diesen aus verbreiteten sich der Aberglauhe und seine Consequenzen allmählich über den Occident. Die Griechen überkamen jene Anschauungen zunächst und übertrugen sie später auf die Römer. (Hiermit soll nicht etwa gesagt sein, dass Griechen und Römer nicht auch ihren eigenen Aberglauben vor der directen oder indirecten Berührung mit den Orientalen gehabt haben.)[1]) Auch bei den Hebräern finden wir, wie die biblischen Beispiele beweisen, die Zauberei in verschiedenen Gestalten. Dies beruht aber wohl auf dem Einfluss der Chaldäer und Aegypter, denn an und für sich ist die Magie mit dem strengen Monotheismus der Juden nicht zu vereinigen. Selbst die Christen konnten sich von dem Aberglauben ihrer Zeit nicht ganz los machen; sie hielten zwar die „bösen Geister“ für weniger mächtig als ihren „allmächtigen Gott“, glaubten aber immerhin an deren Existenz und damit an teuflische Magie.

Nach einer nothwendigen Besprechung der religiösen Vorstellungen und der Zaubereien bei den nordischen Völkern kommt Verf. auf den Aberglauben im christlichen Mittelalter zurück.

Ref. hat darauf verzichtet, auf die interessanten Einzelheiten der Lehmann-schen Arbeit vorläufig näher einzugehen. Ebenso kann er sich noch kein Gesammt-Urtheil über das ref. Werk erlauben, das in sechs Lieferungen erscheinen soll. Doch berechtigt die bis jetzt vorliegende 1. Lieferung zu der Hoffnung, dass das Gesammt-Werk einen schätzenswerthen Beitrag für die allgemeine Völkerpsychologie liefern wird. Nebenbei sei noch erwähnt, dass es als culturgeschichtliches Buch wegen seiner Uebersichtlichkeit und leichten Verständlichkeit auch weitere Kreise interessiren dürfte.

Lautenbach-Berlin.

Scipio Sighele, Psychologie des Auflaufs und der Massenverbrechen. Deutsch von Dr. Hans Kurella. Dresden und Leipzig. Verlag von Carl Reissner. 1897. 216 Seiten.

Verfasser unterscheidet bei Menschen-Aggregaten zweierlei Arten: I. homogene oder organische und II. heterogene oder anorganische. Während für jene die Gesetze der Sociologie gelten, wie sie von Spencer u. A. aufgestellt sind, sind für diese diejenigen der Collectiv-Psychologie maassgebend, welche da einsetzen, wo jene aufhören.

---

[1]) Anm. des Ref.

Das augenfälligste Beispiel für ein heterog. Aggregat ist die auf Strassen oder öffentlichen Plätzen zusammengeströmte Volksmenge — die Masse. — Die Aufgabe seiner vorliegenden Arbeit ist für den Verf. zunächst die Untersuchung der Psychologie der Masse.

Nach einem kurzen historischen Abriss über die Bestrafung der „Massenverbrechen" sucht Verf. den Begriff: „Masse" zu definiren; er führt zu diesem Zwecke die Erklärungen Guy de Maupassant's und Tarde's an, welche die Masse als einen Haufen ungleichartiger und einander unbekannter Elemente bezeichnen, die jedoch zu einem Ganzen verschmelzen, das aus sich heraus denkt und handelt, sodass man von einer „Seele der Masse" sprechen kann. Dieser ihr Gesammt-Character ist ein Product der Einzel-Charactere. In erster Linie wirkt der Nachahmungstrieb des Menschen. Um die Existenz dieser allgemein verbreiteten Tendenz zu erklären, haben manche Gelehrte nach Analogie des physischen auch ein psychisches Contagium angenommen, wodurch freilich nur ein anderer Ausdruck geschaffen ist. Dagegen haben andere Forscher wie Tarde und Sergi den Hang zur Nachahmung als Suggestionswirkungen gedeutet. Die Suggestion ist nach Sergi eben nicht nur, wie Manche fälschlich glauben, im hypnotischen Zustande möglich, sie entspringt vielmehr einer Grundeigenschaft des normalen Seelenlebens, die zu einer Epidemie führen kann, wie der Verf. durch zahlreiche Beispiele erläutert. Wenn nun die Suggestion im Grunde genommen auf rein physiologischen Vorgängen beruht, so muss auch die daraus resultirende Psychologie der Masse physiologisch zu erklären sein, was Espinas an dem Beispiel der Wespen vorzüglich gelungen ist und vom Thier ohne Weiteres auf den Menschen angewendet werden kann.

Hier kann man nun fragen, ob jeder Affect übertragbar ist. Diese Frage wird im Folgenden näher erörtert und dahin beantwortet, dass dies in Bezug auf die Masse allerdings der Fall ist. Die Suggestion allein kann freilich diese Wirkung nicht hervorbringen, dazu gehören noch andere Factoren. Es muss bereits eine natürliche Anlage bei dem Einzelnen vorhanden sein. Diese ist aber leider bei der Menge mehr böse als gut. Der im Einzelnen schlummernde Hang zum Bösen wird sich bei Gelegenheit äussern. Die Gelegenheit selbst ist aber auch häufiger schlecht als gut. Denn angenommen, dass auch die Anzahl der guten und bösen Elemente ursprünglich gleich gross ist, so treten die Bösen als die activen Naturen gegenüber den Guten, aber passiven Naturen bei Weitem in den Vordergrund, ganz abgesehen davon, dass die besseren Elemente gezwungen sind, sich ihrer schlechten Umgebung anzupassen, wenn sie nicht von dieser misshandelt werden wollen; was man als psychische Mimicry betrachten kann. — Es spielt also bei den Verbrechen der Masse die natürliche Veranlagung oder der „anthropologische Factor" neben der Suggestion eine wesentliche Rolle. Es giebt nun noch einen dritten Gesichtspunkt, der hier in Betracht kommt. Dies ist die Wechselbeziehung zwischen dem inneren Gemüthszustand und der äusseren Physiognomie. Es wird dem zu Folge ein Mensch, der innerlich leidenschaftlich erregt ist, dies auch nach Aussen hin zum Ausdruck bringen, und diese sichtbare äusserliche Erregung des Einzelnen theilt sich wiederum der Menge mit, die dadurch ihrerseits auch wieder innerlich erregt wird. Dazu kommt, dass die Intensität der Gemüthsbewegung der Anzahl der gleichzeitig an demselben Orte versammelten Personen im Grossen und Ganzen ungefähr proportional ist, eine Erscheinung, die auch im Thierreich beobachtet werden kann.

Nachdem im Vorhergehenden die Ursachen und die Mächtigkeit der einer Masse innewohnenden Neigung zum Verbrechen hervorgehoben worden sind, geht der Verf. im Folgenden auf die Bethätigung dieser furchtbaren Kraft nach Aussen hin, d. h. auf die Verbrechen der Masse selbst ein. Zuvor wird noch auf den gegenwärtigen Zustand der breiten Volksschichten in materieller und geistiger Hinsicht, sowie auf die herrschenden Ansichten und die bestehenden Forderungen hingewiesen. Alsdann geht Verf. nach einer kurzen Abschweifung auf das in Frage der Zahl gesteigerte Machtgefühl und die daraus abzuleitenden Gewaltthaten der Menge, wobei auch atavistische Anlagen wieder zum Durchbruch kommen können, auf die Zusammensetzung der Massen ein, insofern als davon ihre verbrecherischen Handlungen abhängig sind. Die Elemente, aus denen die Massen bei der Ausübung scheusslicher Verbrechen und Grausamkeiten bestehen, rekrutiren sich, wie die Geschichte der Revolutionen lehrt, zumeist aus der Hefe der Bevölkerung: Vagabunden, Zuhältern, Geisteskranken und Verbrechern aller Art, nicht zu vergessen die Prostituirten, welche in solchen Zeiten eclatant beweisen, welcher Schandthaten der weibliche Character fähig ist. Darauf folgen Erzählungen von Vorkommnissen grösstentheils aus der grossen französischen Revolution. — Es giebt jedoch, wie Verf. weiter mittheilt, auch Aufläufe ohne verbrecherische Thaten, was stets der Fall ist, wenn die Massen zum grossen Theil aus ehrbaren Menschen zusammengesetzt sind. Auch hierfür liegen geschichtliche Belege vor.

An dieses Capitel reiht sich naturgemäss die Frage, wie die unter dem Einfluss der Masse begangenen Verbrechen beurtheilt und bestraft werden sollen. Zuvörderst muss darüber entschieden werden, wer aus einer Masse überhaupt verantwortlich ist. Der nächstliegende Gedanke ist, die Menge selbst in ihrer Gesammtheit zur Rechenschaft zu ziehen, was auch ursprünglich geschah, indem für ein Vergehen nicht nur der Betreffende, sondern auch seine Familie und sogar der ganze Stamm bestraft wurde. Heute wird ein Vergehen nur an dem schuldigen Individuum geahndet. Es ist daher zu untersuchen, ob und in wieweit eine Person, die bei einem Auflauf ein Verbrechen begangen hat, für die menschliche Gesellschaft gefährlich ist, also wie stark diese zu reagiren hat. Mit anderen Worten, es muss constatirt werden, wieviel Antheil die vorhandene Anlage oder der anthropologische Factor und wieviel Antheil die suggestive Macht der Menge an dem Verbrechen hat. Um dies zu beurtheilen, geht der Verf. auf das Wesen der Suggestion näher ein, worin er mit unseren Ansichten übereinstimmt. Die Suggestion kann auch nach Ansicht des Verf. beim Hypnotisirten nur solche Thaten hervorbringen, für die er mehr oder weniger Neigung gehabt hat. Daraus ergiebt sich mit logischer Nothwendigkeit der Schluss, dass, wenn die hypnotische Suggestion als die stärkere den eigenen Willen nicht vollkommen zerstören kann, dies von der schwächeren Wachsuggestion erst gar nicht erwartet werden kann, es kann das Verbrechen also nur auf einer organischen Veranlagung des Thäters basiren. — Hieraus geht nicht etwa hervor, dass Jeder, der bei einem Massenvergehen betheiligt ist, von Natur aus ein Verbrecher ist, nur so viel kann man von ihm behaupten, dass er psychisch- oder characterschwach ist. Diese Characterschwäche, woran leider die meisten Menschen leiden, bedingt eine leichte Empfänglichkeit für äussere Eindrücke, auch solche schlimmer Art. — Aber immerhin bleibt der Thäter für seine That haftbar, und es muss zur Festsetzung der Strafe geschritten werden. Hierbei ist in erster Reihe das Motiv, welches zu dem Collectiv

Verbrechen führte, zu berücksichtigen, und die Strafe, je nachdem der Tumult mit seinen Consequenzen vorsätzlich oder zufällig entstanden war, höher oder geringer zu bemessen.

Es erübrigt nun noch, die Bestrafung bei improvisirten d. h. zufälligen Verbrechen der Menge zu präcisiren, da es für die planmässigen Collectiv-Verbrechen im Allgemeinen keine triftige Entschuldigung giebt, dieselben also wie die individuellen Verbrechen abzuurtheilen sind. Bei der Höhe der Strafe ist nicht nur die Schwere des Verbrechens, sondern auch die Gefährlichkeit des Thäters in Betracht zu ziehen, d. h. die Natur desselben.

Zum Schluss bringt der Verf. noch eine diesbezügliche Auslassung von Garofalo, der im Princip mit ihm übereinstimmt, also auch eine Sonderung der Verbrecher in verschiedene Kategorien wünscht und bei demselben objectiven Befund eine andere Bestrafung für den Gelegenheitsverbrecher als für den angeborenen Verbrecher fordert, was practisch bereits durch den Richter vielfach geschieht.

Im Anhang kommt der Verf. endlich noch auf die Intelligenz der Menge zu sprechen und bemerkt, dass hierbei im Gegensatz zur Moral, wo beide Extreme vorkommen, nur ein Extrem, das untere, zu beobachten ist. Ein Menschen-Aggregat ist zu Leistungen befähigt, die so unsinnig sind, wie sie das einzelne Individuum überhaupt nicht kennt, aber niemals zu geistigen Leistungen, die so hoch, geschweige denn höher sind, als diejenigen einzelner Genies. Dies ist im Grunde dadurch erklärlich, dass Talent und Geist einzig und allein angeboren sind, also die Suggestion in Form von Erziehung im weitesten Sinne hier nicht mitspielt, wie dies bei anderen Eigenschaften der Fall ist; was auch natürlich erscheint, da jedes äussere Uebertragungsmittel fehlt. Es kann nur die moralische, nicht die intellectuelle Persönlichkeit eines Menschen auf Andere übertragen werden. Daher kommt es auch, dass Collectivitäten aller Art geringere Resultate liefern als die einzelnen Mitglieder, aus denen sie gebildet sind. Ganz zuletzt folgt dann noch ein Capitel: „Die Physiologie des Erfolges", was nach Ansicht des Ref., weil nicht direct zur Sache gehörig, hier hätte wegbleiben können.

Im Allgemeinen möchte Referent noch bemerken, dass das vorliegende Werk sich durch eine Menge geistreich ausgeführter Gedanken auszeichnet, als auch vor allen Dingen die genaue Kenntniss der gesammten einschlägigen Literatur seitens seines Verfassers beweisst. Wegen des ersteren Umstandes dürfte es den Gelehrten von Fach ein willkommener Beitrag sein, wegen des zweiten und in Anbetracht des allgemein interessanten Inhaltes und des leichten Stiles dürfte das Buch eine gute Lectüre für Laien bilden. Lautenbach-Berlin.

M. Breitung. Ein forensischer Fall von Gehirnautomatismus. Deutsche Medic. Wochenschrift. 1898.

Verf. berichtet von einem Verbrecher, der einen falschen Namen angegeben hatte und leugnete mit dem Fritz B. (seinem wirklichen Namen) identisch zu sein. Es wurde darüber ein Protocoll verfasst und dem Verbrecher zur Unterschrift vorgelegt. Dieser unterschrieb dann mit seinem wirklichen Namen Fritz B.

Verf. führt dann weiter aus, dass nach seiner Ansicht in der Zukunft der Hypnose zur Exploration in foro auch einige Bedeutung beigelegt werden wird.

Verf. berichtet schliesslich von dem verstorbenen du Bois-Reymond, dass dieser auf der Hochzeit eines Sohnes von Helmholtz mit einer Tochter von Siemens ein

Hoch auf die Firma Siemens und Halske anstatt auf die neue Firma Siemens und Helmholtz ausbrachte. O. Vogt.

Dr. Hipp. Baraduc, La photographie des états hypervibratoires de la vitalité humaine. Méthode de Radiographie humaine. Soc. d'hypnologie et de psychologie. Rev. de l'hypnotisme, 12[e] année. No. 2.

B. hat die Entdeckung gemacht, dass man den hypothetischen Weltäther photographiren kann. Er hat dabei weiter gefunden, dass die Bethätigung der menschlichen Lebenskraft besteht in Schwingungen eines menschlichen Fluidum, das, offenbar derselbe Stoff wie der Weltäther, letzteren in Mitschwingung versetzt. B. sagt wörtlich: „L'Ether cosmique périphérique à nous, vibre quand et comme nous vibrons nous-même intérieurement; il présente une ligne courbe différente de la ligne droite brisée électrique."

Die Fixirung dieser Vorgänge auf der photographischen Platte nennt er Radiographie humaine. Er hat folgende Phänomene beobachtet.

I. La force courbe. Das sind die „Schwingungen des Weltäthers, die in eine den menschlichen Körper umgebende Zone hineingezogen werden, wenn wir uns in einem état hypervibratoire befinden".

Sie erscheinen auf den beigegebenen Zeichnungen als mehr oder weniger gekrümmte, in Büscheln vereinigte, meist parallele Linien, etwa so, wie auf Seekarten aufeinander treffende und Wirbel bildende Meeresströmungen dargestellt zu werden pflegen. Auf einem andern Bilde ist das Ganze nebelhafter, verschwommener, wie eine undeutliche Photographie.

B. unterscheidet folgende Unterabtheilungen:

a) Ether plastique, der sich zertheilt wie Schnee oder Lichtfackeln (Sonnenfackeln) und dem Zustande der Wiederherstellung der ermüdeten Lebenskraft entspricht.

b) Ether en tourbillon: wirbelförmige Schwingungen bei starker Gemüthsbewegung des betr. Menschen.

c) Ether subtil, „lorsque notre esprit vibre d'une façon élevée", z. B. bei Trauer oder Mitleid.

II. Das menschliche Fluidum (fluide humain) und die vitalen Ausstrahlungen (émanations) bei starker Willensanstrengung. Auf der Platte äussert sich diese in unregelmässig verstreuten grösseren oder kleineren hellen rundlichen Flecken auf dunklem Untergrunde (Perles volontaires).

Die Bilder sind hergestellt mit Hülfe einer photographischen Platte (Type Lumière), die ebenso wie beim Photographiren der zu „radiographirenden" Person ausgesetzt wird, und zwar bei dem einen Verfahren in einem verdunkelten Zimmer bei rothem Licht mit oder ohne photographischen Apparat. Bei einem anderen Verfahren ist die empfindliche Platte so in einer Tasche angebracht, dass sie vor Licht geschützt ist und beim Auflegen auf den betr. Körpertheil (auf den Kopf beim Nachdenken, das Herz bei Erregung u. s. w.) die Haut nicht berührt. Die Expositionsdauer ist einmal auf 7, ein anderes Mal auf 15 Minuten angegeben. Ueber die Entwicklung der Bilder ist nichts gesagt.

Ref. hat den Inhalt dieses Aufsatzes ausführlicher wiedergeben müssen, um dem Leser einigermassen einen Begriff der wunderbaren Ausführungen B.'s zu verschaffen.

Wenn der Verf. sich den kosmischen Aether als eine Art Weltseele und die menschliche Seele als einen Theil der ersteren denkt und die Lebensäusserungen beider durch Schwingungen, die unter einander auch in Beziehungen treten, zum Ausdruck kommen lässt, so ist das seine Privatsache. Wenn er derartiges aber als wissenschaftliche Hypothese an die Oeffentlichkeit bringt, so muss er Beweise vorlegen, die einer Kritik besser standhalten, als es seine vermeintlichen Aetherphotographieen können.

Abgesehen davon, dass seine Figuren Kunstproducte heterogensten Ursprungs sein können, wie will B. beweisen, dass eine für Lichteindrücke empfindlich gemachte Platte auch durch Aetherschwingungen verändert wird, und dass seine Bilder gerade Aetherschwingungen sind? Aber diese Möglichkeit selbst zugegeben, so müssen doch diese Aetherschwingungen und -strahlungen, wenn sie der Ausdruck seelischer Vorgänge sein sollen, sich mit letzteren synchron verändern. Es kann also auf einer 7—15 Minuten exponirten Platte keine bestimmte Phase dieser Schwingungen sich abzeichnen, sondern nur ein wildes Durcheinander entstehen, ebenso wenig wie ein sich bewegender Gegenstand bei einer so langen Expositionsdauer auf der Platte ein erkennbares Bild giebt.

Schon diese neben vielen anderen Erwägungen ergeben die Haltlosigkeit der B.schen Erklärung seiner Bilder.

Solche Ausführungen gehören aber nicht in eine medicinische Zeitschrift, die den Anspruch auf ernste Wissenschaftlichkeit erhebt, und nur um diese Ansicht zu rechtfertigen, hat sich Ref. so lange mit dem Verf. beschäftigt.

Delius-Hannover.

Fr. Schultze, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Erster Band. Mit 53 Textfiguren und 4 Tafeln in Farbendruck. Stuttgart, Verlag von F. Enke. 1898.

Der vorliegende Band enthält die destructiven Erkrankungen des peripheren Nervensystems, des Sympathicus, des Rückenmarks und seiner Häute. Damit hängt zusammen, dass dieser Band die in dieser Ztschr. erörterten Fragen kaum berühren kann. Der Verf. geht in diesem Punkte noch weiter, und erwähnt überhaupt nicht die Suggestionstherapie, die nach Ansicht des Ref. bei einzelnen der behandelten chronischen Krankheiten, z. B. der Tabes, als symptomatische Behandlung mit in Betracht kommt.

Die Abfassung des vorliegenden Bandes ist eine durchaus originelle. Das Lehrbuch soll practische Zwecke verfolgen, vernachlässigt dementsprechend die theoretischen Fragen und behandelt hauptsächlich Diagnose, Aetiologie und Therapie. Bei der letzteren tritt der bekannte Scepticismus des Verf. gegen jede übertriebene Electrotherapie klar zu Tage. Die ganze Abfassung ist eine sehr übersichtliche. Wir können es daher dem practischen Arzt durchaus empfehlen.

Wir sehen dem 2. Bande, der uns näher stehende Fragen erörtern wird, mit Spannung entgegen und hoffen auf ihn nach seinem Erscheinen ausführlich zurückkommen zu können. O. Vogt.

Lentz, L'automatisme alcoolique. Journal de neurologie et d'hypnologie, 1897 Nr. 3.

Veranlasst wird Verf. zu der vorliegenden Betrachtung durch eine Arbeit von Swolfs in Nr. 25 derselben Zeitschrift über die Verurtheilung eines Soldaten und durch die Differenz, welche zwischen seiner Auffassung des Falles und der

Swolfs bestand. Ueber den Fall selbst erfahren wir hier nichts, jedenfalls spricht er sich gegen die Verurteilung aus, da es sich um eine transitorische Geistesstörung handele. Derartige Zustände, die er als Automatismen bezeichnet, können beruhen auf Epilepsie, Hysterie oder Neurasthenie. Die Beurtheilung des Einzelfalles ist sehr schwierig, weil in der Regel alles vorüber ist, wenn der Arzt zugezogen wird und der Kranke amnestisch ist.

Ein anderer analoger Zustand ist der durch Alcohol bedingte Automatismus, von anderen auch als pathologischer Rauschzustand bezeichnet, dessen Symptome einerseits durch den Alcohol, andererseits durch neuropathische Constitution und durch affective Erregung hervorgerufen werden. Der Zustand ist nicht als Trunkenheit, sondern als richtiges acutes transitorisches Irresein zu bezeichnen, da die Menge des genossenen Alcohols und der Grad der Trunkenheit in gar keinem Verhältniss zu der geistigen Verwirrtheit und dem daraus resultirenden sinnlosen Handeln steht. Der ganze Vorgang spielt sich nur allzu oft in der Arrestzelle des Polizeigefängnisses ab, wo oft mehrere Männer nöthig sind, um den Rasenden zu bändigen. Nach tiefem Erschöpfungsschlaf erwacht der Kranke entweder sofort mit Amnesie, oder unmittelbar nach dem Erwachen besteht noch verschwommene Erinnerung, die aber bald in totale Amnesie übergeht. Verf. hält auch den Fall Swolfs für einen Automatisme alcoolique, denn er findet bei ihm alle Bestandtheile: hereditäre Belastung, neuropathische Constitution, Rausch (der in keinem Verhältniss zur Intensität der Folgen stand), gemüthliche Erregung (durch seine Sistirung zur Wache), excessive Erregung, Schlaf, Amnesie.

Zustände, wie den eben beschriebenen, pflegen wir, wie schon erwähnt, als pathologische Rauschzustände zu bezeichnen, Lentz' Ausdruck dafür ist vielleicht bezeichnender als der unsrige, jedenfalls ist er glücklicher gewählt als der von Francotte, der in seiner — ebenfalls hier referirten — Arbeit offenbar denselben Zustand beschreibt und ihn als Somnambulismus bezeichnet.

Tecklenburg.

Francotte, Xavier. Du somnambulisme alcoolique considéré surtout au point de vue médico-légal. Journ. de neurol. et d'hypnologie 1897 Nr. 2.

Den bisher bekannten Formen des Somnambulismus, dem natürlichen, hypnotischen, epileptischen und hysterischen, fügt Verf. den alcoholischen Somnambulismus hinzu. Er versteht unter Somnambulismus den Zustand eines Individuums, welches in einer anscheinend normalen Weise handelt, verhältnissmässig zusammengesetzte Handlungen ausführt, aber von dem, was es thut, kein Bewusstsein hat oder doch wenigstens sich nicht daran erinnert.

Der Verf. erläutert in der vorliegenden Arbeit nur, was er unter alcoholischem Somnambulismus verstanden wissen will an mehreren Beispielen, was er unter den anderen angeführten Formen von Somnambulismus versteht, wissen wir nicht, jedoch müssen wir dagegen protestiren, wenn derartige Zustände, die uns durchaus nicht als gleichartige erscheinen wollen, so ohne weiteres neben einander gestellt werden. Ref. wenigstens kann dem durchaus nicht beistimmen, dass etwa der natürliche oder hypnotische Somnambulismus mit dem, was wir als epileptische oder hysterische Dämmerzustände und als patohlogische Rauschzustände zu bezeichnen gewohnt sind, auf eine Linie gestellt werden.

Verf. berichtet über einen selbst beobachteten Fall, in dem es sich jedoch, wie er selbst zugiebt, nicht um einen alcoholischen Somnambulismus, sondern nur um eine Amnesie handelt. Ein 28jähriger Mann wird in die Irrenanstalt gebracht, den die Polizei aufgegriffen hatte, als er auf einer Haustreppe mit seiner Uhr und kleinen Geldstücken spielend sass. Er schien den Gebrauch der Sprache und das Gehör verloren zu haben, denn er reagirte auf keine Anrede und kam erst nach geraumer Zeit wieder zur Besinnung. Er hat, wie sich nun herausstellt, nach starkem Alcoholgenuss das Bewusstsein verloren, die Erinnerung an die Begebenheiten der letzten 48 Stunden fehlt ihm vollständig. Er weist Degenerationszeichen auf, ist hereditär belastet.

Verf. lässt dann noch mehrere Beobachtungen von anderen Autoren folgen, die er dem alcoholischen Somnambulismus zurechnet.

Beob. von Bulard: V. steht unter Anklage mehrfache Zechprellereien ausgeführt zu haben. Vater und Tante sind Trinker; V. selbst begann das Trinken mit 15 Jahren, zeigte schon frühzeitig darnach Störungen der Intelligenz, bekam Verfolgungs- uud Grössenideen. Er hat mehrfach Zustände gehabt, für die ihm jede Erinnerung fehlt. Er hat in solchen Zuständen Reisen gemacht und auch die inkrimirten Handlungen begangen, ohne sich daran erinnern zu können. Leute, die ihn während solcher Handlungen sahen, haben kein Zeichen einer geistigen Störung an ihm bemerkt.

Es folgen drei Fälle von Crothers, welche dieser als vertige alcoolique bezeichnet und als ihr wesentliches Merkmal angiebt, dass die Kranken sich sehr wohl von allen ihren Handlungen Rechenschaft zu geben scheinen, indessen doch Zeichen einer geistigen Verwirrtheit darbieten.

A. Pferdeverleiher, erblich belastet, trinkt seit seinem 16. Lebensjahre mit zeitweiligen besonders starken Excessen, in denen er Zustände von Amnesie bekommt. Seit seinem 34. Jahre hat er sich mehrfach in diesen Zuständen fremde Pferde angeeignet, jedoch mit Ausserachtlassung jeder Vorsicht. Die Erinnerung für seine strafbaren Handlungen fehlt ihm vollständig; er wurde mehrmals verurtheilt und starb im Gefängniss.

B. trinkt seit 10 Jahren, aber nur periodisch, nachdem er einen Sonnenstich gehabt hat. In diesen Perioden ist er reizbar, misstrauisch, heftig, im Gegensatz zu seinen Charactereigenschaften in der alcoholfreien Zeit, vergisst, was er thut, obwohl er alles bei vollem Bewusstsein auszuführen scheint. In einem solchen Anfall erschlägt er seine Frau. Er hat keine Erinnerung an die That, wird zum Tode verurtheilt.

X. hereditär belastet, trinkt seit seiner Jugend, hat öfters Zustände, in denen er Käufe abschliesst, ohne sich später daran zu erinnern, Arbeiter entlässt, ohne sich nachher über den Grund Rechenschaft geben zu können. Wird wegen einer Wechselfälschung, für die ihm jede Erinnerung fehlt, angeklagt und verurtheilt.

Beob. von Bonchet: H. 23 Jahre alt, belastet. Nach einem starken Alcoholexcess stürzt er sich erst auf eine Frau mit der Drohung, sie ermorden zu wollen, ersticht dann drei hinzukommende Arbeiter. Darnach ist er vollkommen ruhig, läuft aber, als er verfolgt wird, davon und legt sich zu Haus ruhig in sein Bett. Am folgenden Tage bei der Festnahme geweckt, ist er für die That völlig amnestisch; er wird verurtheilt.

Verf. kommt zu dem Schluss: Es giebt einen alcoholischen Somnambulismus,

in dem der Kranke in anscheinend normaler Weise handelt, aber ohne Bewusstsein oder wenigstens ohne eine Erinnerung an seine Handlungen zu bewahren. In Wahrheit zeigt das Benehmen und das Aussehen des Kranken doch Anomalien, die nur der Beobachtung gewöhnlich entgehen. Betroffen zu werden scheinen nur Degenerirte oder wenigstens psychopathisch Belastete. Für die im alcoholischen Somnambulismus begangenen Handlungen darf der Kranke nicht verantwortlich gemacht werden. Tecklenburg.

Dr. F. Regnault, Hypnotisme, Religion. Paris 1897. Schleicher frères.

In dem sehr interessanten und lesenswerthen Buche wird den Beziehungen nachgegangen, die die „Suggestion", im weiteren Wortsinne, mit den verschiedenen Religionen und ihren Auswüchsen und Begleiterscheinungen hat.

Der Verf. beginnt mit den ersten Anfängen der Religion, der Vorstellung von den Menschen gut und böse gesinnten Geistern, und deren naturgemässer Folge. den Opfern und Gebeten, und zeigt den nützlichen suggestiven Einfluss dieser Massnahmen.

Er erzählt dann, wie die hysterischen Phänomene bei den verschiedensten Völkern als göttliche Offenbarungen aufgefasst, Geisteskranke und Hysterische deshalb auch verehrt wurden, und aus den Reihen der Hysterischen besonders oft die Priester und Zauberer hervorgingen. Er spricht von Hysterischen als Gründern von Religionen, von den alten Juden, die besonders empfänglich für Hallucinationen gewesen, und streift die Frage, ob Jesus hysterisch gewesen sei, da er Visionen gehabt.

Weiter werden die Besessenheitsepidemieen, der Hexenglauben im Mittelalter mit Suggestiv-Vorgängen in Verbindung gebracht; die Auffassung, dass körperliche Selbstpeinigungen den Göttern angenehm seien, wird besprochen, und im Anschluss daran werden das Fakirwesen, der Buddhismus, das Märtyrerthum, die Selbstkreuzigungen geschildert, und die hierbei beobachteten Erscheinungen von Anästhesie erklärt.

Weiter werden die Erfüllungen von Prophezeiungen, die Heilwirkung des Hypnotismus, die modernen Wunder (Lourdes), die heilsamen Träume auf Suggestion zurückgeführt.

Dann wird die Rolle der Suggestion im Kriege besprochen und gezeigt, wie die Zuversicht oder die Verzagtheit der Führer sich auf das Heer übertragen und so Siege oder Niederlagen herbeiführen.

Nachdem endlich die Gedankenübertragung, das Tischrücken, Sehen durch undurchsichtige Gegenstände, die Telepathie, die Levitation und ähnliche Dinge besprochen und, so weit es möglich ist, die angeführten Beispiele auf natürliche Weise erklärt sind, während der Verf. durchblicken lässt, bei manchen unerklärten Erscheinungen könne es sich doch um uns noch unbekannte Kräfte handeln, schliesst der Verf. mit dem Bekenntniss, dass die Religion, die er mit den Forschungen der Wissenschaft in Einklang gebracht wissen will, nie zu entbehren sein werde, da „das Wesen der Dinge" jedem Lebenden stets werde verschlossen bleiben.

Das Buch ist mit vielen lehrreichen Zeichnungen und einem reichen Litteraturverzeichniss versehen. Um so auffallender ist es, dass das 3 Jahre vor diesem erschienene Buch von Stoll (Suggestion und Hypnotismus in der Völkerpsychologie),[1] das von einem weiteren Gesichtspunkte aus dasselbe Thema behandelt, nicht genannt ist. Delius-Hannover.

[1] Vgl. diese Ztschr., Bd. III, pag. 343 ff.

Dr. med. Axel Sjöström, Der Hypnotismus (Suggestionstherapie) und der sogenannte Heil-Magnetismus. Köln, Hübscher & Teufel.

In überaus klarer, allgemein verständlicher und doch knapper Form bietet diese kleine Schrift, die im Wesentlichen einen im ärztlichen Verein zu Köln gehaltenen Vortrag des Verf. wiedergiebt, vom modernsten wissenschaftlichen Standpunkte aus das Wichtigste über den Hypnotismus und seine Heilwirkung.

Sicher giebt es ja Bücher über dieses Thema schon genug. Aber der Laie hat nicht immer Lust und Zeit, dicke Bücher zu seiner Belehrung durchzustudiren, und da dürfte dieses Büchlein gerade dem grösseren Publikum sehr willkommen sein, da es auf nur 23 Seiten einen richtigen Begriff von dem wahren Wesen und der therapeutischen Bedeutung des Hypnotismus giebt und auch den Laien darüber aufklärt, was an dem sog. „Magnetismus" Wahres ist, der heute von Kurpfuschern, die sich „Magnetopathen" nennen, in der schwunghaftesten Weise betrieben wird.

So ist diese Schrift sehr geeignet, aufklärend zu wirken; und selbst der Arzt, der aus Mangel an Interesse oder Zeit es bisher versäumt hat, sich ein klares Bild über diese Disciplin anzueignen, wird es mit Nutzen lesen. — Ref. giebt mit Vorliebe dieses Büchlein seinen neuen Patienten in die Hand und hat gefunden, dass es ihm seine Thätigkeit sehr erleichtert. Delius-Hannover.

Ginestoux, Astasie-abasie guérie par suggestion à l'état de veille. Rev. de l'hypnotisme, 12 année, No. 1.

Ein 17jähriges Mädchen litt seit Jahren an hysterischer Astasie und Abasie; während der letzten vier Wochen war sie vollständig bettlägerig. Da sie sich nicht hypnotisiren lassen will, so greift man zur indirecten Wachsuggestion, indem man der Patientin unter Anknüpfung an ihre Ansicht, dass „ihre Lenden zu schwach seien", ein diese stützendes Schein-Corset (semblant de corset) macht, mit dem sie alsbald gehen kann. Delius-Hannover.

Dr. Henry Aimé (Nancy), Tic facial guéri par suggestion à l'état de veille. Ibidem.

Ein 17jähriges junges Mädchen von zarter Constitution, das im Alter von sechs Jahren eine Chorea durchgemacht und stets schwächlich gewesen, leidet seit etwa zehn Monaten an einem Tic facial, der zuerst im Anschluss an heftige Kopfschmerzen aufgetreten sein soll. Verf., der von der Ansicht ausgeht, dass der Krampf, der gegen vierzig Mal am Tage auftritt, ebenso wie ihre schlechte körperliche Haltung durch ein Sich-gehen-lassen, eine psychische Trägheit, unterhalten wird, lässt sie körperliche Uebungen machen und erreicht durch Anstachelung ihrer Energie sowohl eine gute Körperhaltung wie Verschwinden des Tic facial.

Delius-Hannover.

Dr. E. Bérillon, Interprétation physiologique de l'action curative du sommeil provoqué basée sur l'examen de la tension artérielle. Ibidem.

B. versucht eine physiologische Erklärung der Heilwirkung des hypnotischen Schlafes auf Grund der in diesem auftretenden Spannungszunahme des Pulses, die er bei seinen Versuchen regelmässig gefunden hat, und bestreitet, dass die Suggestion allein der Heilfactor der Hypnose sei. Es ist das eigentlich nichts Neues. Denn jeder Psychotherapent weiss, wie wohlthuend und nützlich die durch die Hypnose

bedingte Ruhe ist. Diese hat aber nach Ansicht des Ref. vor der des natürlichen Schlafes nur das voraus, dass man sie nach Belieben eintreten und andauern lassen kann. Delius-Hannover.

Dr. Dumontpallier, De l'action de l'idée en pathologie et de la puissance de l'idée en thérapeutique (spécialement dans les prétendues affections utérines et péri-utérines). Ibidem.

Eine junge, seit 7 Jahren verheirathete Frau litt an beständigen Schmerzen in der Gegend der Unterleibsorgane, sodass, nachdem das Curettement schon erfolglos gemacht, die Frage einer Laparatomie erwogen wurde. Vorher wandte sie sich jedoch an D., der nach genauer Untersuchung das Leiden für nervös erklärte und die Pat. durch eine hypnotische Behandlung heilte, sodass sogar, der sehnlichste Wunsch der Pat., schon kurz nach Beginn der Behandlung Gravidität eintrat, während vorher jede Annäherung ihres Mannes die heftigsten Schmerzen hervorgerufen hatte. Delius-Hannover.

J. P. Durand, Le problème de la suggestion. Rev. de psychol. März und April 1898.

Verf. spricht sich zunächst dahin aus, dass man den Begriff des „Hypnotismus" auf das ganze Gebiet der Suggestion des Braidismus, des „Biomagnetismus", der Telepathie etc. ausdehnen möge. Er wiederholt dann seine schon öfter ausgeführte Ansicht, dass die Suggestion nur durch die Annahme eines Polyzoïsmus zu erklären sei. O. Vogt.

A. Voisin, Le rôle de l'autosuggestion dans certaines formes d'aliénation mentale. Rev. de psychol. Februar 1898.

Verf. berichtet von einer Hysterica, die jede Nahrungsaufnahme verweigerte, weil sie in einem religiösen Delir glaubte, wie Christus 40 Tage fasten zu müssen. O. Vogt.

E. Boirac, Suggestion et Mesmérisme. Rev. de psychol. Mai 1898.

Verf. nimmt — wie P. Durand — neben Suggestionserscheinungen auf thierischen Magnetismus zurückzuführende mesmeristische Phänomene an. O. Vogt.

v. Renterghem, Résultats obtenus à la clinique de psychothérapie d'Amsterdam de 1893 a 1897. Rev. d. psychol. clin. et thérap. März und April 1898.[1]

Verf. bringt in diesem Artikel eine 3. Statistik aus seiner Klinik. Da dieselbe in ausführlicherer Weise in unserer Ztschr. erscheinen wird, sei die vorliegende Form hier nur registrirt. O. Vogt.

---

[1] Bei dieser Gelegenheit sei mitgetheilt, dass mit Ende vorigen Jahres in Paris eine Revue de psychologie clinique et thérapeutique erscheint. Herausgeber sind P. Hartenberg und P. Valentin. Diese Zeitschrift erscheint monatlich in der Stärke von 2 Bogen. Sie enthält Originalartikel und Referate.

Prof. Dr. Coconier, L'hypnotisme franc n'est pas en soi diabolique. — Société d'hypnologie et de psychologie. Rev. de l'hypn. 12° année, No. 1.

Vom Standpunkte des katholischen Theologen erklärt der Verf. das Hypnotisiren an sich nicht für unmoralisch, wenn man einen guten Zweck dabei verfolge.

Delius-Hannover.

Prof. Dr. Desplats, L'hypnose fortuite. Rev. de l'hypnotisme, 12° année, No. 1.

Verf. schildert eine zufällig bei einem 19jährigen mit Kopfschmerzen behafteten Kranken durch kalte Compressen und beruhigende Worte eines Krankenwärters zu Stande gekommene Hypnose, aus der er (Verf.) den Pat. wieder erweckt, und spricht die Ansicht aus, dass derartiges viel häufiger vorkomme, als man allgemein glaube.

Delius-Hannover.

Dr. E. Bérillon, Phobies professionelles traitées avec succès par l'hypnose. — Ibidem.

Es werden 2 Fälle von neurasthenischen Angstzuständen, die ihre Ursache in dem Berufe der Patienten haben, angeführt. In dem einen Falle handelt es sich um einen 44 jährigen Kaufmann, der beim Vermessen von Stoffen stets fürchtete, falsch gemessen zu haben. Im anderen um einen Prediger, der, sobald er die Kanzel bestiegen, anfing zu stottern.

Beide Fälle wurden durch hypnotische Suggestiv-Behandlung dauernd geheilt.

Delius-Hannover.

Dr. P. Valentin, Hypocondrie consécutive à une hystéro-neurasthénie d'origine toxi-infectieuse. Guérison en cinq séances de suggestion sans hypnose. — Ibidem.

Eine 38 jährige verheirathete hysterische Dame, die durch mehrere Schwangerschaften, infectiöse Erkrankungen, besonders der Beckenorgane, und durch Alcoholismus sehr heruntergekommen war, so dass sie, in dem Glauben, doch nicht geheilt werden zu können, jede ärztliche Hülfe zurückwies, wurde in 5 suggestiven Sitzungen im Laufe von 17 Tagen von ihren Beschwerden befreit und entsagte dem Alcoholmissbrauch. Nach etwa einem Jahre befand sie sich noch wohl.

Delius-Hannover.

Dr. Paul Hartenberg, Un cas de neurasthénie psychique guéri par la dynamogénie suggestive. — Ibidem.

Ein 41 jähriger Schauspieler leidet seit 3 Jahren an neurasthenischen Beschwerden, die er in theatralischer Weise schildert. H. suggerirt ihm, von dem Gedanken ausgehend, dass der Kranke den grössten Theil seiner Leiden „spielt", indem er sich mit seiner Phantasie in diese Rolle versenkt, er solle von jetzt an den Gesunden spielen und die Beschwerden nicht über sich Herr werden lassen. So erreicht H. durch Anstachelung der Energie die Heilung. Nebenbei bemerkt ist letzteres derselbe Weg, den jeder Psychotherapeut geht, wenn er Erfolg bei solchen Leiden haben will.

Uebrigens enthält der Aufsatz einige interessante Bemerkungen über Hysterie und Neurasthenie.

Delius-Hannover.

Dr. P. Valentin, Considérations psychologiques sur la nature et le traitement des phobies. — Ibidem.

In dieser Studie führt V. aus, nachdem er die Ansichten anderer Autoren hierüber gestreift, dass das wesentlichste Moment bei den pathologischen Furchtzuständen das emotionelle sei, was andere Beobachter bisher nicht genügend betonten. Als Heilmittel sei die Suggestion im Wachzustande wie in der Hypnose am Platze. Delius-Hannover.

Prof. Dr. Desplats, L'hypnotisme agent thérapeutique. — Rev. de l'hypnotisme, 12° année, No. 2.

Gelegentlich der Schilderung einiger Fälle, die Verf. durch hypnotische Suggestion geheilt hat, so eines Falles von hysterischer Lähmung bei einem 12jährigen Mädchen [die man übrigens, nebenbei bemerkt, bei der grossen Suggestibilität der Kinder gelegentlich auch ohne Hypnose durch geschickte Wachsuggestion beseitigen kann — Ref.], ferner von Kopfschmerzen und hystero-epileptischen Anfällen, betont D. mit Recht, dass die Macht der hypnotischen Suggestion auch ihre Grenzen hat. So sei es ihm nicht gelungen, bei einem sonst sehr suggestibeln Kranken seinen Widerwillen gegen den Aufenthalt im Krankenhause zu besiegen. Er spricht sich, ebenso wie s. Z. Delboeuf, betreffs der Ausführung von criminellen Suggestionen dahin aus, dass man doch gar nicht wisse, ob sich der Hypnotisirte nicht der Harmlosigkeit der ihm suggerirten Handlung bewusst bleibe, und dass er jedenfalls ihm ernstlich widerstrebende Suggestionen nicht annehme.

Verf. schildert dann einen Fall von Nephritis bei einer 24jährigen Frau, bei dem es ihm gelungen, die Beschwerden durch Hypnose für kürzere oder längere Zeit zum vollständigen Verschwinden zu bringen, und kommt nach einer längeren Betrachtung zu dem Schluss, dass es durchaus berechtigt sei, auch bei organischen Krankheiten, gegen die man, wie so oft, kein specifisches Heilmittel habe, die Beschwerden durch hypnotische Suggestion zu mildern. Man kann ihm darin nur beistimmen. Delius-Hannover.

E. Hallervorden, Abhandlungen zur Gesundheitslehre der Seele und Nerven. I. Arbeit und Wille, Heft 1. 2. 3. Würzburg, A. Stuber 1896, 1897.

Nichts geringeres hat sich der Verf. zum Ziel gesetzt als die Begründung einer neuen Wissenschaft, der „Psychohygiene". Eine Vorstufe der Psychohygiene ist die klinische Psychologie, die er eigentlich auch erst schaffen will, denn seine Vorgänger haben alle noch „mit einem Fuss im Laboratorium" gestanden, während er meint „behaupten zu dürfen, es werde erst mit dieser Arbeit und von ihm die Psychologie endgültig aus den Hörsälen der Philosophen, wie aus den Laboratorien der Physiologen herausgeholt und auf ein freies Gebiet, d. h. ins Leben geführt". Unter klinischer Psychologie versteht H. „die wirkliche Psychologie jedes beliebigen gesunden Menschen in klinischer Lehrweise". Nach seiner Methode „wird ein beliebiges gesundes Individuum von Hörern aller Facultäten im Auditorium untersucht, dabei die körperliche und psychische Untersuchungsweise demonstrirt, der vorgestellte Mensch als ein Ganzes gemäss der Untersuchungsresultate besprochen, erläutert, diagnosticirt und prognosticirt, besonders in affectiver, moralischer und intellectueller Hinsicht". Bei diesem klinischen Verfahren muss jedesmal das Individuum den Mittelpunkt bilden, denn die Psychohygiene ist eine Kunst, zu deren

Anwendung eine specifische individuelle psychologische Begabung gehört, und jede psychologische Einwirkung ist ein Resultat des „Verhältnisses der personalen Factoren zwischen zwei Menschen“ d. h. der „jedem einzelnen subjectiv und objectiv dem anderen gegenüber eigenartigen Beschaffenheit der Psyche“. Erst die Forschungsergebnisse der klinischen Psychologie d. h. die Summe der Einzelforschungen an zahlreichen einzelnen Individuen kann zur „descriptiven Psychologie“ führen. Ebenso wie nur eine klinische Psychologie zur richtigen Erkenntniss des wirklichen Seelenlebens des lebenden Menschen führen kann, so fordert Verf. auch als „Vermittlungsdisciplin zwischen Physiologie und Praxis eine klinische Physiologie, die Anthropologie des lebenden Individuums in kritischer und pragmatischer Hinsicht.“

Dann wird nochmals in längerer Wiederholung die Wichtigkeit der klinischen Beobachtung d. h. der Beobachtung des Lebens, „wo viele Experimente der Natur, klinische Fälle genannt, sehenden Augen vom Schicksal feilgestellt werden“ hervorgehoben gegenüber dem Laboratorium, der expermientellen Psychologie, der wenigstens eine Stellung als Hülfswissenschaft eingeräumt wird. Eine grosse Reihe von Missgriffen, die sich die heutige Menschheit zu Schulden kommen lässt, rührt von der mangelhaften psychologischen Vorbildung unseres Zeitalters her, Verf. will daher durch Vorlesungen über klinische Psychologie und Psychohygiene „jungen Kaufleuten, Fabrikanten, Ingenieuren u. s. w. die klinische Einführung ins Menschenleben, in die Art zu urtheilen, in die Art Menschen zu behandeln, wie eben jedem Beruf, der es mit Menschen zu thun hat“, geben, er will dadurch den Schematismus, der in der Beurtheilung und Behandlung der Menschen, nicht zum wenigsten auch von Seiten der Aerzte Platz gegriffen hat, beseitigen und der Individualisirung, der „Achtung vor der sittlichen Würde menschlicher Persönlichkeit“ wieder zu ihrem Rechte verhelfen, denn „alle Vorschriften der Seelengesundheitslehre fallen mit denen des Sittengesetzes immer zusammen“.

Wir erfahren sodann, dass eine der Hauptfragen der Psychohygiene, „dieser königlichen Disciplin“ das Verhältniss von Arbeit und Wille ist, während die Antwort darauf in dem Satze enthalten ist: „freigewählte Arbeit ist Lust.“ Nach Art von Aphorismen zusammengestellte 30 Sätze, deren Zusammenhang mit dem Thema man sich oft erst mühsam construiren muss, bilden den Schluss. Sie sollen Hauptfragen für die Psychohygiene darstellen. Unter anderem stellt Verf. darin die alte Forderung auf, dass jeder nach seiner Anlagen- und Interessenrichtung beschäftigt werden soll und spricht die Hoffnung aus, durch seine Psychohygiene „den Alcoholmissbrauch erheblich herabzusetzen, die Irrenstatistik, die Degeneration, die Verbrecherstatistik zu reduciren.“

Das 2. Heft soll sich hauptsächlich mit einer Kritik des Gefühls beschäftigen. Gewöhnlich vermischt man Sittenlehre und Gefühlswelt oder Gemüth in unverantwortlicher Weise.“ Das ist ganz falsch, denn „aus der Poesie aller Völker, aus dem 13. Kapitel des Korintherbriefs, hauptsächlich aber aus uns selbst und aus erkenntniss-theoretischer Beurtheilung des K a n t - S c h i l l e r'schen Grenzgebietes überall und jeden Tag geht die Thatsache eines metaphysischen Bestandes im menschlichen Gefühlsleben hervor, welcher sich als Ersatzstück gleichen Ranges neben das Sittengesetz stellt;“ und Verf. glaubt auch sicher, dass entwicklungsgeschichtlich „die Triebe des Gefühls vor die veredelten Folgerungen der Intelligenz d. i. zeitlich vor das Sittengesetz gestellt“ werden müssen. Trotzdem aber sind sie auch nicht aus-

einander zu reissen, vielmehr sind sie eng verbunden, „beide bedingen sich," beide schaffen erst die Persönlichkeit. Kant setzt „zwischen Wahrheit der Erkenntniss und zwischen Sittengesetz das Gesetz des Schönen"; das ist aber falsch, dazwischen gehört eben Verfs. Metaphysisches „etwas für's Herz", „etwas liebes". das was er „intelligible Liebe" nennt „des Herzensdranges Sättigung, also Erlösung, umfassende Erlösung". Seine intelligible Liebe soll gereinigt sein von jedem „sexuellen und humanitären wie religiösem Beigeschmack und „nur nach dem Maass gegenseitiger Herzensneigung zweier irgendwelcher, sittlich strebender Persönlichkeiten beurtheilt" werden.

Der in dem ersten Heft aufgestellte Leitsatz für die Psychohygiene, „dass das Sittlich-gute zugleich das Seelisch-gesunde ist", findet hier seine Ergänzung in der These, „dass intelligible Liebe mit den Vorschriften der Seelengesundheitslehre immer übereinstimmt". Bei der abspringenden Darstellungsweise des Verfs., die jeder systematischen Entwickelung und klaren zwingenden Beweisführung entbehrt, gelingt es nur schwer, dahinter zu kommen, was er eigentlich unter seiner intelligiblen Liebe verstanden wissen will, am deutlichsten scheint es noch aus folgenden Sätzen hervorzugehen: „Die wichtigste Wirkung intelligibler Liebe besteht in ihrer erlösenden Kraft gegenüber dem Sittengesetz. Sie kann dem Reuevollen die Reue nicht ersparen, führt sie doch nothwendig den Uebelthäter zur Reue und durch sie hindurch, indem sie dieselbe zu erleichtern und verzeihend mit ihm gemeinschaftlich zu tragen sich bemüht." Nur der liebe wahr, der als „Person d. h. Amalgam von Liebe und Sittengesetz" auch über das Grab hinaus mit einer geliebten „Person d. h. ihrem Amalgam von Sittlichkeit und Liebe ein ewiges gewissermaassen räumliches Fortleben führt". Sogar physiologisch lasse sich die erlösende Kraft der intelligiblen Liebe erklären: neben dem motorischen Kraftvorrath giebt es nämlich einen sensiblen Kraftvorrath, welcher dem erschöpften Motorium neue Energieströme zugehen lässt und dieser Ausgleich entspricht dem Befreiungsgefühl. Ein Beispiel sei der unter der Last von Kummer und Sorgen erschöpfte Mensch, der sich am Herzen der geliebten Mutter ausweint und neue Kräfte sammelt.

Im § V des 2. Heftes erfahren wir auch endlich einiges über die psychologischen Grundanschauungen des Verfs. Nach seiner Theorie der Sensitivität erklärt er alle psychischen Vorgänge „mit dem Princip des gemeinsamen sensitiven Unterbaues: nämlich immer unter Voraussetzung der gegenseitigen Bedingtheit aller Processe mindestens nach dem Empfindungsantheil". Alle Seelenvorgänge sollen Empfindungen sein producirt durch specifische, eben die sensitiven Rindenzellen. Nach ihm giebt es motorische, sensorische und sensitive Rindenzellen und „wir empfinden jeden Energieabfluss aus den sogenannten motorischen Zellen der Hirnrinde durch sensitive Seitenwege als Willkür oder Wille." Jeder seelische Vorgang wird also erst bewusst, wenn er in den sensitiven Zellen empfunden wird.

Das Verhältniss der Innen- und Aussenwelt zu einander giebt Verf. wieder durch die physiologische Formel i : e : w, welche das Verhältniss von Energiequantität und -spannung und äusserem Widerstand bedeuten soll. Er kleidet die Wechselwirkung dieser Factoren in das „Gleichniss" eines doppelarmigen Hebels, dessen innerer kurzer Hebelarm repräsentirt durch „Kraft, Character, Gemüth und Erkenntniss" durch i und e d. h. Energiequantität und -spannung, dessen äusserer langer Hebelarm repräsentirt durch den Wirkungskreis durch w d. h. den äusseren

Widerstand (Arbeitslast, Arbeitssorge) gehandhabt wird. Er folgert daraus die psychohygienischen Regeln: „wenn w zu sehr sinkt, zerstört es die nothwendigen Proportionen nervöser Enereie, zerstört es die Bedingungen zur Characterbildung, zur seelischen Gesundheit“ und deshalb ist „in erster Reihe die innere Kraft i und e zu stärken und zu fördern“. Je mehr der äussere Hebelarm (Arbeitslast) erleichtert wird oder je mehr „äusseren Geltungszuwachs“ eine Person bekommt, desto mehr wächst auch (Bethätigungslust) „Wirkungslust und Wirkungsreiz“. Das ungezügelte Nachgeben dem letzteren gegenüber führt zu den mannigfachsten Fehlern. Die Verstärkung resp. Herabsetzung dieses Wirkungsreizes ist die zweite grosse Aufgabe des Psychohygienikers neben der oben erwähnten, der Stärkung der intelligiblen Liebe.

Auch diesem Heft ist eine Sammlung von Thesen angefügt, welche die heterogensten Dinge in regellosem Durcheinander zusammenstellt und es nun dem Leser, dessen Geduld auf die härteste Probe gestellt wird, überlässt sich einen Vers daraus zu machen. Ref. muss gestehen, dass das Resultat auch des zweiten Heftes, der metaphysische Begriff der intelligiblen Liebe, der mit Hilfe der ganz veralteten „rationalen Psychologie“ Kants gewonnen wurde, und der mit ganz hypothetischen „Manometer und Electroscopzellen“ garnirte Wirkungsreiz für den Leser doch etwas spärlich ausgefallen ist gegenüber den fast auf jeder Seite wiederkehrenden pomphaften Versicherungen „von dem tiefgreifenden Einfluss der neuen Disciplin auf alle Gebiete des Menschenlebens“.

Das 3. Heft beginnt wieder einmal damit — natürlich verbunden mit den üblichen Lobhudeleien auf die neue Wissenschaft — das schon in den vorhergehenden Heften genügend behandelte Thema zu variiren, welches das Hauptthema der Dichter und Denker aller Zeiten gewesen ist, das Schiller mit den Worten:

„Willst du dich selber erkennen, so sieh, wie die andern es treiben,“

„Willst du die andern verstehn, blick' in dein eigenes Herz,“

viel klarer, kürzer und schöner zum Ausdruck gebracht hat als H., der uns immer wieder verspricht, uns den Weg zu diesem Ziele zu weisen, aber so gut wie alles schuldig bleibt.

Zur Abwechslung kommt dann ein offener Brief an Kraepelin, in dem er sich beschwert, dass jener seine Arbeit nicht genügend berücksichtigt, sondern ihn todtgeschwiegen habe, und ihm klar macht, dass er (Kraep.) die Schlussfolgerungen aus seinen (Kraep.) eigenen Versuchen nicht verstanden habe und noch lange nicht verstehen werde, dass er mit allen seinen Versuchen doch wieder bei der experimentellen Psychologie stehen bleibe, obwohl er immer auf „die allgemeinen Eindrücke des Lebens“ sich bezieht, nur bis zum „Typus“ statt zur Person gelange.

Darnach will Verf. wieder einmal „über den Werth wie über den Zweck der Personenkunde für's Leben“ unterrichten und zwar erst einmal feststellen, wer eigentlich als „Sachverständiger“ zu gelten hat. Dabei erfährt dann Wernicke, dass er kein Sachverständiger ist. Nach einer „methodischen Abirrung“, in der H. wohl immer noch gegen Kraepelin grollt, wird ein Richter Lenzmann darüber belehrt, dass jeder Mensch nach seiner Eigenart anzufassen und dass jede Gerichtsverhandlung reformbedürftig ist. Er ist ebensowenig ein Sachverständiger, wie eine Frau Millien, die einen Artikel „Die Jugendlichen im Frauengefängniss“ geschrieben hat.

Bildliche, mechanische und dynamische Naturauffassung sind immer mit einander verwischt worden, Klärung soll sein „Interferenzprincip“ bringen, welches „lediglich eine physikalische und chemische wie physiologische Uebersetzung des Kant'schen Satzes von der Wechselwirkung darstellt“. „Jedes Naturgesetz ist ein Specialfall des Interferenzprincips.“ Es wird eine Formel aufgestellt, nach der durch Interferenz der Keimzellen die Geschlechter entstehen sollen. Vielleicht wird sie der Schenk'schen Theorie den Lorbeer streitig machen!

In dem letzten „Organgefühl und electrische Nervengesetze“ überschriebenen Kapitel werden die Organgefühle als die nicht absorbirten Reste frühester (phylogenetisch und ontogenetisch also auch embryonaler) nervöser Energieformen bezeichnet und aus den topographischen Lageverhältnissen der Nervenbahnen zu einander die gewagtesten Hypothesen aufgestellt über die gegenseitige electrische Functionsbeeinflussung der Nerven durch Influenz-Kontact-Inductionselectricität.

Welchen practischen Werth derartige abstruse Speculationen haben sollen, ist dem Referenten ganz unerfindlich. Verf. beklagt sich in dem Vorwort zum 3. Heft über die ausnahmslose Blindheit gegen die Thatsachen, die er schon in den ersten beiden Heften vorgelegt hat, und über „die Gebundenheit aller, Thatsachen als solche nur in der hergebrachten Publicationsform zu erkennen, sonst nicht“. Die Berechtigung der Wissenschaft Psychohygiene, ihre ausserordentliche Wichtigkeit, auch die Richtigkeit vieler vom Verf. aufgestellter Thatsachen — wenigstens soweit sie sich auf die Praxis beziehen, die Theorie wird wohl fast überall den schärfsten Widerspruch herausfordern — wird Niemand bezweifeln, nur ist es bei der unerhört dicken Schale, in der der gute Kern verborgen liegt, nicht verwunderlich, wenn die Schrift bei den Fachgenossen so wenig Beifall findet. Verf. will allerdings „in zwanglosem Fortschreiten“ nur „auf ein vorläufiges Ziel des ersten Anfängers“ hinaus gehen, aber wir hätten uns bei einem wirklichen Fortschreiten zu einem bleibenden Ziele gern etwas mehr Zwang gefallen lassen. Verf. lässt einen fingirten Kritiker einmal sagen: „Wenn Psychohygiene nur schlechtes Feuilleton bietet, dann fort mit ihr in die Zeitung, hinaus aus der Wissenschaft,“ dem möchte sich Ref. anschliessen — selbst auf die Gefahr hin, dass auch ihm vom Verf. vorgeworfen würde, dass er ihn nicht verstanden habe.

Tecklenburg-Leipzig.

Personalnachricht.

Es sei darauf aufmerksam gemacht, dass Prof. Forel in Morges (Ct. Vaud) im Hôtel du Mont Blanc Montags um 4 Uhr Sprechstunden abhält.

Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr.), Naumburg a. S.



Taf. II.

fühl."





NON-CIRCULATING

